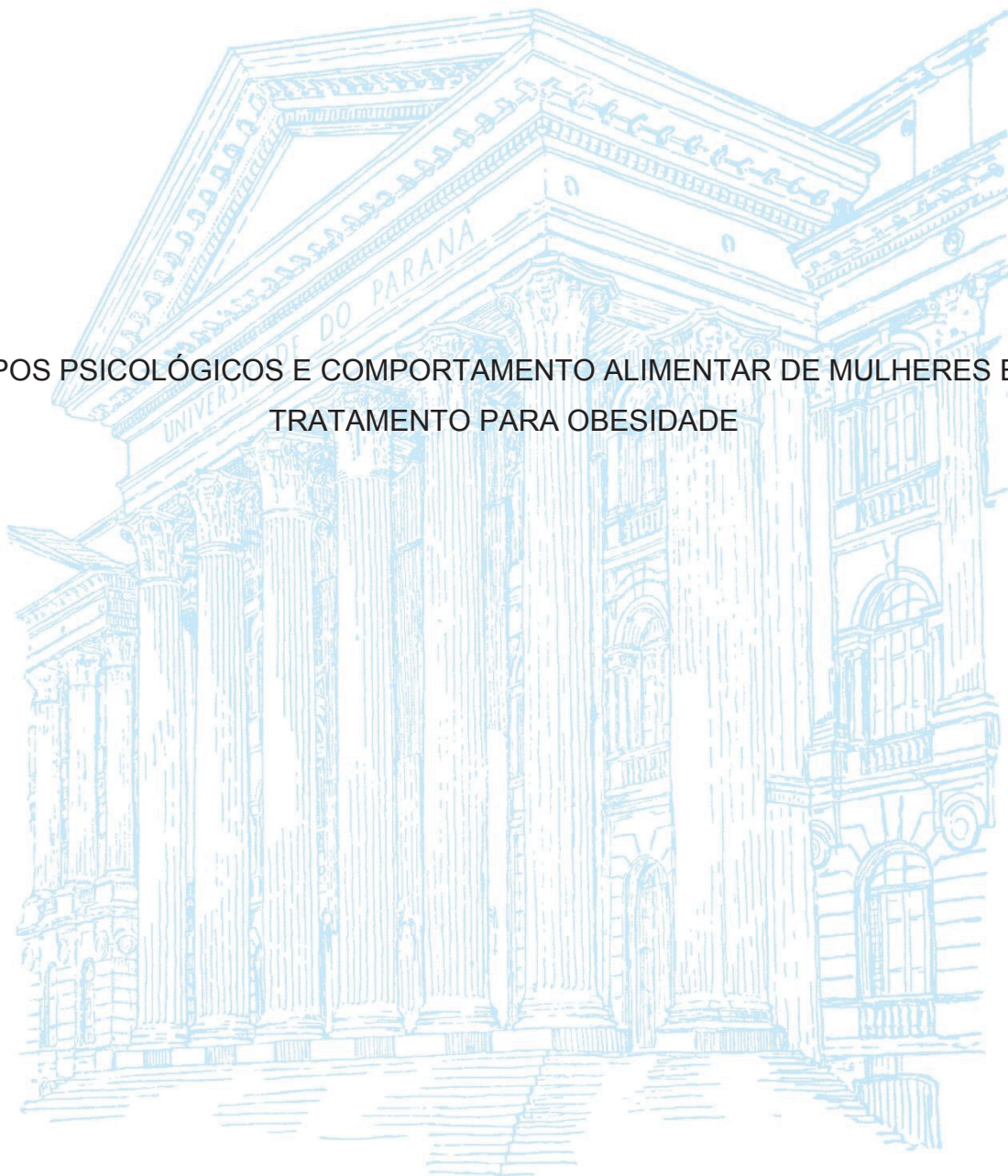


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIA DO DESTERRO DE FIGUEIREDO

TIPOS PSICOLÓGICOS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE MULHERES EM
TRATAMENTO PARA OBESIDADE



CURITIBA

2019

MARIA DO DESTERRO DE FIGUEIREDO

TIPOS PSICOLÓGICOS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE MULHERES EM
TRATAMENTO PARA OBESIDADE

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Medicina Interna e Ciências da Saúde, no curso de Pós-Graduação em Medicina Interna, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^ª Dra. Rosana Bento Radominski.
Coorientador: Prof^ª Armando de Oliveira e Silva.

CURITIBA

2019

F475 Figueiredo, Maria do Desterro de
Tipos psicológicos e comportamento alimentar de mulheres
em tratamento para a obesidade [recurso eletrônico] / Maria do
Desterro de Figueiredo. – Curitiba, 2019.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina
Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do
Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosana Bento Radominski
Coorientador: Prof. Dr. Armando de Oliveira e Silva

1. Obesidade. 2. Comportamento alimentar. 3. Suicídio.
I. Radominski, Rosana Bento. II. Silva, Armando de Oliveira e.
III. Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WD 210



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MEDICINA INTERNA E
CIÊNCIAS DA SAÚDE - 40001016012P1

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICINA INTERNA E CIÊNCIAS DA SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **MARIA DO DESTERRO FIGUEIREDO** intitulada: **TIPOS PSICOLÓGICOS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE MULHERES EM TRATAMENTO PARA OBESIDADE**, sob orientação da Profa. Dra. ROSANA BENTO RADOMINSKI, que após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 26 de Julho de 2019.

ROSANA BENTO RADOMINSKI
Presidente da Banca Examinadora

WALTER MELO JUNIOR
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-
REI, DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA)

ADRIANE MARIA RODRIGUES
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

CARLOS AUGUSTO SERBENA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

ALESSANDRO ANTONIO SCADUTO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Errata: no presente Termo de Aprovação
Onde se lê: MARIA DO DESTERRO FIGUEIREDO
Leia-se: MARIA DO DESTERRO DE FIGUEIREDO

PROF. EMILTON LIMA JÚNIOR
Coordenador do Programa de Pós-graduação
em Medicina Interna e Ciências da Saúde
- Mestrado, Doutorado e Pós-doutorado -

*Aos meus maiores tesouros,
Ronaldo, Carlos Eduardo, Nica e Mãezinha.*

AGRADECIMENTOS

Novamente aqui estou, não sendo nada fácil escrever em poucas linhas o muito de conforto, incentivo, amor, amizade e calor que os meus queridos parceiros e companheiros de vida me proporcionaram nesse período. Tenho certeza que eles acreditaram mais do que eu, mas agora é a minha vez, chegou a hora de dizer muito obrigada à todos aqueles que de perto ou de longe fizeram parte desta história acadêmica. Foram muitas as dúvidas, acolhimentos, conselhos e orações que recebi dessas pedras preciosas em minha vida.

À minha querida orientadora, Dra Rosana, com seu admirável conhecimento intelectual e principalmente humano. Serei sempre grata ao carinho e confiança em mim depositada.

Ao querido Armando que há anos me acompanha e me orienta nessa jornada pessoal e acadêmica. Obrigada pelo incentivo, conhecimento e por me apresentar uma psicologia e um Jung excepcional.

Aos meus orientandos, em especial Talita, obrigada pela parceria e ajuda na pesquisa, serei sempre grata. A parceira Stella que foi essencial para a conclusão desta, foi luz e graça em minha trajetória

Novamente a amiga Carina que mesmo longe se mantém aqui dentro, sendo a grande responsável por esse sonho ao ter me apresentado ao mundo dos hormônios. Aos amigos que fiz na Fae, em especial as parceiras Alexandra e Joyce pela presença, acolhimento e pelas sábias palavras, sempre mostrando que era possível, saibam que carrego vocês em um lugar muito especial em minha vida, com vocês encontrei o meu lugar. Também as amigas Gisele, Mariana, Amandinha, Andreia, Luana, Fran, Aninha que me ajudaram a enfrentar meus fantasmas, tornando essa jornada mais leve e possível.

Aos parceiros Solange Bettini, Priscilla Coutinho, Ana Lucia, Adriano Toledo, Christiane Bischof, Carlos Serbena, Mazé, Elizabete e toda equipe do SEMPR e do LATOS que souberam ser solidários e queridos em minha vida, ajudando nos objetivos da pesquisa e compartilhando momentos especiais.

Aos parceiros (não seria possível nomear a todos), médicos, professores, nutricionistas, estagiários e familiares que fizeram a diferença para que esse sonho se tornasse realidade. Em especial aos professores da banca, as participantes deste

estudo e as mulheres guerreiras do GAPO que, por meio da simplicidade e dedicação, trouxeram-me ensinamentos para uma vida toda.

A minha mãezinha que sabiamente me incentivou com suas doces palavras e orações para continuar com meus sonhos profissionais, apoiando e suportando minha ausência e mau humor. Obrigada pela paciência e doçura comigo. Em especial ao meu pai (in memoriam) que mesmo distante, junto aos anjos, deve sorrir e contar orgulhoso que agora a filha dele é “doutora”.

Ao meu amado irmão Ricardo (fio) e sua linda família que me entenderam e me amaram apesar da ausência e distância. Grata pela doçura, respeito e orações das minhas amadas Elzinha e Vó Preta.

Ao meu amado Ronaldo que esteve sempre ao meu lado, fazendo deliciosas comidas, sempre brindando a vida e mesmo que cansado, sabendo me animar e encorajar nessa caminhada profissional.

Ao meu amado anjo “Cadu” que tem o dom de me fazer sorrir, trazendo sentido para minha vida, deixando-a mais colorida e intensa.

À Deus que me permitiu essa chegada...

Obrigada, obrigada, obrigada!

*De tudo ficaram três coisas:
a certeza de que estava sempre começando,
a certeza de que era preciso continuar e a
certeza de que seria interrompido antes
determinar.
Fazer da interrupção um caminho novo, fazer
da queda um passo de dança, do medo uma
escada, do sono uma ponte e da procura um
encontro.*

O Encontro Marcado – Fernando Sabino
Editora Record, 79ª edição, 2005.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença crônica e de tratamento complexo, associada a várias comorbidades físicas e psicológicas. Devido sua etiologia multifatorial, é importante considerar os aspectos psicológicos envolvidos no comportamento alimentar e na recidiva do ganho de peso. Parte-se do pressuposto que o comportamento alimentar e as características psicológicas são influenciadas pelo perfil tipológico. **OBJETIVOS:** Compreender a relação entre o tipo psicológico, o comportamento alimentar e os fatores de risco para suicídio nessa população. **MÉTODOS:** Estudo observacional e transversal com 120 mulheres em acompanhamento ambulatorial para Obesidade no Hospital de Clínicas da UFPR, que foram divididas em dois grupos - Grupo Cirúrgico (n = 60) e Grupo Clínico (n = 60). Os instrumentos avaliativos foram: entrevistas clínicas; *Myers-Briggs Type Indicator* - MBTI, BES (*Binge Eating Scale*) e Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS). **RESULTADOS:** As participantes apresentaram idade média de $44,9 \pm 11,52$ anos, peso médio de $87 \pm 17,76$ kg, IMC de $33,9 \pm 6,48$ kg/m². Comparando os 2 grupos, o Grupo Cirúrgico apresentou maior frequência de divórcios; obesidade na adolescência; maior número de episódios de vômitos; maior autoestima; maior prática de atividade física regular; maior satisfação com a imagem corporal; maior frequência de comportamento alimentar irregular com presença do comer emocional; predomínio de perfil alimentar beliscador; melhor mastigação e menos episódios de compulsão alimentar. Com relação ao Grupo Clínico a maioria das participantes era solteira; apresentou obesidade de início na idade adulta; demonstrou hábitos alimentares irregulares, com descontrole alimentar; maior uso do alimento emocional; mastigação rápida; maior insatisfação e distorção da imagem corporal; maior frequência de baixa autoestima e com maior número de episódios de compulsão alimentar. Identificou-se padrão de funcionamento tipológico comum nos grupos, com maior frequência dos perfis ISFJ (Sensação introvertida apoiado pelo sentimento) e ESFJ (Sentimento extrovertido apoiado pela sensação) ($p < 0,01$). O perfil tipológico ISFJ foi mais associado à ideação suicida recente e ao longo da vida e a maiores escores de compulsão alimentar (CAP) do que as pacientes ESFJ. Houve correlação significativa entre IMC e CAP nos Grupos Cirúrgico ($r = 0,45$; $p < 0,01$) e Clínico ($r = 0,30$; $p = 0,01$), assim como entre IMC e ideação suicida recente no Cirúrgico (d de Cohen = $-0,705$; $-1,41$ a 0 ; $p = 0,01$). No Grupo Clínico, houve relação entre IMC e ideação suicida ao longo da vida (Delta de Cliff = $-0,415$; $-0,66$ a $-0,08$; $p = 0,01$) e entre CAP e comportamento suicida ao longo da vida (d de Cohen = $-0,809$; $-1,37$ a $-0,25$; $p = 0,006$). Os introvertidos apresentaram maior IMC ($p = 0,02$), CAP mais grave ($p = 0,04$) e mais ideação suicida ao longo da vida ($p = 0,007$), que os extrovertidos. O perfil ISFJ esteve associado à ideação suicida ao longo da vida e ao comportamento suicida ao longo da vida. A compulsão alimentar esteve associada ao IMC e não ao perfil psicológico. **CONCLUSÃO:** O tipo ISFJ apresentou maiores fatores de risco para ideação e comportamento suicida ao longo da vida, assim como os tipos introvertidos. O comportamento alimentar esteve associado ao IMC e não ao MBTI, sugerindo que o Complexo do Comer é inerente à condição humana, independentemente do tipo de personalidade e expresso nessa população de forma disfuncional e emocional.

Palavras-chave: Estudo Transversal. Obesidade. Tipos Psicológicos. Comportamento Alimentar. Risco de Suicídio.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Obesity is a chronic and complex disease associated with several physical and psychological comorbidities. Because of its multifactorial etiology, it is important for its treatment to consider the psychological aspects involved in eating behavior and weight regain. It is assumed that the alimentary behavior and the psychological characteristics are influenced by the typological profile. **OBJECTIVES:** To understand the relationship between personality type, eating behaviour and risk factor of suicide in this population. **METHODS:** Observational and cross-sectional study with 120 women in outpatient follow-up for Obesity at UFPR Hospital, who were divided in two groups - Surgical Group (n = 60) and Clinical Group (n = 60). The evaluation instruments were: clinical interviews; Myers-Briggs Type Indicator - MBTI, BES (Binge Eating Scale) and Columbia Suicide Risk Assessment Scale (C-SSRS). **RESULTS:** Participants had a mean age of 44.9 ± 11.52 years, mean weight of 87 ± 17.76 kg, BMI of 33.9 ± 6.48 kg / m². Comparing the 2 groups, the Surgical Group presented a higher frequency of divorces; obesity in adolescence; greater number of episodes of vomiting; better self-esteem; greater practice of regular physical activity; greater satisfaction with body image; higher frequency of irregular eating behavior with the presence of emotional eating; pinch of food prevailing; better chewing and fewer bouts of binge eating. Regarding the Clinical Group, the majority of participants were single; presented adult of obesity; demonstrated irregular eating habits, with uncontrolled feeding; greater use of emotional food; rapid chewing; greater dissatisfaction and distortion of body image; higher frequency of low self-esteem and greater number of episodes of binge eating. Recurrent typological functioning was identified in the groups, with a higher frequency of ISFJ (Introversion, Sensing, Feeling, Judging) and ESFJ (Extraversion, Sensing, Feeling, Judging), ($p < 0.0001$). The less favourable typological profile in both groups was the ISFJ, with higher frequency of recent suicidal ideation, suicidal ideation throughout life, and greater scores of binge eating (BES) than the ESFJ patients. There was a significant correlation between BMI and BES in the Surgical ($r = 0.45$, $p < 0.0001$) and Clinical ($r = 0.30$, $p = 0.01$), as well as between BMI and recent suicidal ideation in the Surgical d Cohen = -0.705, -1.41 to 0, $p = 0.01$). In the Clinical Group, between BMI and suicidal ideation throughout life (Cliff's Delta = -0.415, -0.66 to -0.08, $p = 0.01$) and between BES and suicidal behavior throughout life (d of Cohen = -0.809; -1.37 at -0.25; $p = 0.006$). The introverts presented higher BMI ($p = 0.02$), higher BES ($p = 0.04$) and more suicidal ideation throughout life ($p = 0.007$) than extroverts. The ISFJ profile was associated with lifelong suicidal ideation and suicidal behaviour throughout life. Binge eating was associated with BMI and not with psychological profile. **CONCLUSION:** The ISFJ type presented higher frequency of ideation and suicidal behaviour throughout life, as well as introverted types. The eating behaviour was associated with the BMI but not with psychological profile, suggesting that the Eating Complex is inherent to the human condition, regardless of the personality type and expressed in this population in a dysfunctional and emotional manner.

Keywords: Cross-sectional study. Obesity. Eating of Complex. Cultural Complex. Psychological Types. ISFJ. ESFJ.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA PSÍQUICA NAS ATITUDES INTROVERTIDA E EXTROVERTIDA	28
FIGURA 2 - RELAÇÃO ENTRE IMC, TEMPO DE CIRURGIA E CAP, NO GRUPO CIRÚRGICO.....	57
FIGURA 3 - CORRELAÇÃO ENTRE EPISÓDIOS DE COMPULSAO ALIMENTAR (CAP) E IMC NO GRUPO CLÍNICO	57
FIGURA 4 - CORRELAÇÃO ENTRE CAP E PERFIL PSICOLÓGICO NO GRUPO CIRÚRGICO.....	62
FIGURA 5 - ILUSTRAÇÃO ENTRE A RELAÇÃO DA VARIÁVEL IDEIAÇÃO SUICIDA NA VIDA COM IMC NO CLÍNICO	65

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS 13 TIPOS PSICOLÓGICOS NA AMOSTRA ... 53

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E RISCO DE COMORBIDADES DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)	24
QUADRO 2 - ESQUEMATIZAÇÃO DAS POSSIBILIDADES DE ASSOCIAÇÕES DOS 8 TIPOS PSICOLÓGICOS NA TEORIA DE CARL GUSTAV JUNG	32
QUADRO 3 - O PROCESSO DOMINANTE DOS 16 TIPOS PSICOLÓGICOS	34
QUADRO 4 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS 16 TIPOS PSICOLÓGICOS DO MBTI	36
QUADRO 5 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO ESTUDO	43
QUADRO 6 - DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS FUNÇÕES DOMINANTES NOS TIPOS PSICOLÓGICOS DA AMOSTRA.....	54
QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA ENTRE OS TIPOS SENSITIVOS E OS TIPOS INTUITIVOS NOS TIPOS PSICOLÓGICOS NA AMOSTRA	54
QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO ENTRE AS ATITUDES “INTROVERSÃO” E “EXTROVERSÃO” NOS TIPOS PSICOLÓGICOS NA AMOSTRA	54

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS DAS CO-VARIÁVEIS IMC, BES, IDADE E NÚMERO DE FILHOS ENTRE OS GRUPOS	50
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS TIPOS PSICOLÓGICOS ENTRE OS GRUPOS CIRÚRGICO E CLÍNICO	52
TABELA 3 - DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS EM RELAÇÃO AOS TIPOS ISFJ E ESFJ NO GRUPO CIRÚRGICO	53
TABELA 4 - DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS EM RELAÇÃO AOS TIPOS ISFJ E ESFJ NO GRUPO CLÍNICO	56
TABELA 5 - MEDIDAS DESCRITIVAS E VALOR – P DA VARIÁVEL IMC SEGUNDO AS COVARIÁVEIS PARA DIFERENÇA DE MÉDIAS DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DO GRUPO CIRÚRGICO ...	58
TABELA 6 - MEDIDAS DESCRITIVAS E VALOR – P DA VARIÁVEL IMC SEGUNDO AS COVARIÁVEIS PARA DIFERENÇA DE MÉDIAS DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DO GRUPO CLÍNICO..	59
TABELA 7 - COMPORTAMENTO ALIMENTAR E HÁBITOS ALIMENTARES ENTRE OS GRUPOS CIRÚRGICO X CLÍNICO.....	61
TABELA 8 - FREQUÊNCIA DE CRITÉRIOS PARA COMPULSÃO ALIMENTAR (CAP) EM RELAÇÃO AOS GRUPOS CIRÚRGICO E CLÍNICO	62
TABELA 9 - FREQUÊNCIA DE CAP NAS ATITUDES INTROVERSÃO E EXTROVERSÃO DAS PARTICIPANTES.....	63
TABELA 10 - MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A VARIÁVEL COMPULSÃO ALIMENTAR (CAP)	63
TABELA 11 - FREQUÊNCIA DE IDEAÇÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA NA AMOSTRA.....	64
TABELA 12 - MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A VARIÁVEL IDEAÇÃO SUICIDA AO LONGO DA VIDA.....	66
TABELA 13 - MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A VARIÁVEL COMPORTAMENTO SUICIDA AO LONGO DA VIDA	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CA	Circunferência Abdominal
CAP	Compulsão Alimentar Periódica
CFP	Conselho Federal de Psicologia
BES	<i>Binge Eating Scale</i> - Escala de Compulsão Alimentar
DP	Desvio-padrão
DSM-V-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais -Texto revisado
ECA	Episódios de Compulsão Alimentar
ECAP	Escala de Compulsão Alimentar Periódica
HC-UFPR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
IMC	Índice de Massa Corporal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
kcal	Quilocalorias
kg	Quilos
Mg	Miligramas
MS	Ministério da Saúde
NHANES	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
N.S.	Não Significativo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Peso Corporal
P	Página
QV	Qualidade de Vida
SEMPR	Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HC-UFPR
SIC	Exatamente assim
SUS	Sistema Único de Saúde
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas porInquérito Telefônico
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

LISTA DE SÍMBOLOS

\leq - menor ou igual

\geq - maior ou igual

§ - parágrafo

© - copyright

@ - arroba

® - marca registrada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 JUSTIFICATIVA	21
1.2 HIPÓTESES	22
1.3 OBJETIVOS	22
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 CONCEITOS GERAIS DA OBESIDADE	23
2.2 A OBESIDADE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA — A GORDURA ENQUANTO UMA DIFÍCIL DIGESTÃO BIOPSISSOCIAL	25
2.2 TEORIA DOS TIPOS PSICOLÓGICOS DE CARL GUSTAV JUNG	27
2.2.1 Descrição Geral dos Tipos Psicológicos de Jung	27
2.3 CONTRIBUIÇÕES DE MYERS E BRIGGS NA COMPREENSÃO SISTEMÁTICA DOS TIPOS PSICOLÓGICOS	33
2.3.1 Descrição Geral dos Tipos Psicológicos de Myers e Briggs	33
2.4 COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SUAS DIFERENTES ABORDAGENS	37
2.4.1 Aspectos Homeostáticos e Hedônicos no Comportamento Alimentar	37
2.4.2 Aspectos Psicodinâmicos no Comportamento Alimentar	39
3 MATERIAIS E MÉTODOS	42
3.1 CASUÍSTICA	42
3.2 DESENHO DO ESTUDO	42
3.3 PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	44
3.3.1 Entrevista Clínica	45
3.3.2 Myers-Briggs Type Indicator — MBTI	46
3.3.3 Escala de Compulsão Alimentar Periódica — ECAP	46
3.3.4 Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS)	47
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	48
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	50
4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA	50
4.1.2 Características Psicológicas Gerais da Amostra	51
4.1.3 Características Tipológicas Gerais da Amostra	51
4.1.5 Características relacionadas ao Comportamento e Hábitos Alimentares	59
4.1.9 Ideação Suicida e Comportamento Suicida	63
4.2 ARTIGOS SUBMETIDOS E APRESENTAÇÕES DE TRABALHOS	67

5 DISCUSSÃO	68
6 CONCLUSÕES	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
7.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	78
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE 1	92
APÊNDICE 2	100
APÊNDICE 3	101
APÊNDICE 4	102
APÊNDICE 5	103
APÊNDICE 6	104
APÊNDICE 7	105
APÊNDICE 8	106
APÊNDICE 9	107
APÊNDICE 10	122
ANEXO 1	143
ANEXO 2	145
ANEXO 3	147
ANEXO 4	152
ANEXO 5	155

1 INTRODUÇÃO

“A psiconeurose, em última instância, é um sofrimento de uma alma que não encontrou o seu sentido”

(C.G. Jung, 2011 a, §497)

A obesidade é considerada uma doença de proporções epidêmicas, que acarreta graves prejuízos na saúde física e emocional dos indivíduos. Até o momento, políticas e intervenções públicas não têm sido suficientes para reverter essa realidade mundial. Roberto e colaboradores (2015) consideram a necessidade de novas estratégias, enquanto Lee et al. (2017) apontam a eficácia de uma abordagem sistêmica para o problema da obesidade. No Brasil, a preocupação com o cenário da obesidade ganha incentivo governamental com estratégias nacionais de enfrentamento da obesidade no país, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com desafios para uma atuação integrada e focada na intersectorialidade das categorias (DIAS, et al., 2017).

Num contexto psicopatológico, são muitas as associações entre comorbidades psíquicas advindas do aumento do peso, tais como transtornos de humor, transtornos alimentares e pior qualidade de vida (MANNUCCI et al., 2010; PINTO et al., 2017; XIE; DOHERTY; O'BOYLE, 2016). As dificuldades de natureza psicológica podem estar presentes entre os fatores determinantes da obesidade ou entre as suas consequências. Independente disto, é certo que a insatisfação com o peso e suas consequências emocionais diminuem após a perda de peso (FIGUEIREDO, 2012; SUPPLY et al., 2014).

A relação entre personalidade e o desenvolvimento da obesidade ainda não parece clara na esfera científica. Alguns estudos não observam esta relação (MYSLOBODSKY, 2003; SOBAL; DEVINE, 1997) e outros demonstram existir fortes relações entre determinados tipos de personalidade e a obesidade (LOPEZ-PANTOJA et al., 2012; MARIA; YAEGASHI, 2016; SUTIN et al., 2011; TERRACCIANO et al., 2014). No entanto, os correlatos psicológicos da obesidade podem ser altamente relevantes para o manejo clínico de obesos (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002; KONTTINEN et al., 2010; LAZAREVICH et al., 2016).

Para a compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos no tratamento da obesidade, serão discutidos nesta tese temas que ampliam a percepção do ser humano em sua complexidade e que sugiram possibilidades de reflexão para um atendimento multidisciplinar e integrado que vá além de uma perspectiva unicamente biomédica.

O primeiro capítulo reflete sobre o tema Obesidade enquanto doença e seu constructo biopsicossocial, considerando os imensos prejuízos a saúde do indivíduo. Nele, descreve-se o desenvolvimento da obesidade como uma doença multifatorial e a urgência do seu tratamento de forma integrada a outros saberes. O tratamento da obesidade requer diferentes abordagens como mudanças de estilo de vida, medicamentos e/ou cirurgia bariátrica (BRAY, 2000; MATOS, 1998; SUPLICY et al., 2014).

O segundo capítulo descreve o desenvolvimento da Teoria dos Tipos Psicológicos de Jung, assim como a ampliação desta com as contribuições de Myers e Myers (1997) para o desenvolvimento do instrumento *Myers-Briggs Type Indicador* (MBTI).

O estudo não perderá de vista que a alimentação no ser humano é permeada por fatores fisiológicos e hormonais, isso desconsideraria a complexidade do objeto de pesquisa. A investigação clínica se fez a partir da compreensão psicodinâmica dos padrões de funcionamento tipológico (Tipos Psicológicos), assim como as relações destes com o comportamento alimentar, com o Índice de Massa Corporal (IMC) e com o risco de ideação e comportamento suicida de mulheres em tratamento para obesidade. Por meio do MBTI, foram investigados os padrões de funcionamento psicológico e fatores de risco nessa população.

Numa perspectiva teórica da Psicologia Complexa de Carl Gustav Jung (1875/1961) e da Teoria dos Tipos Psicológicos propostos por Myers e Myers (1997), investigou-se, por meio do MBTI, a maneira como mulheres em tratamento para obesidade se adaptam frente às escolhas e hábitos alimentares. O uso do instrumento MBTI é bem estabelecido no contexto organizacional/institucional (KING et al., 2017; LIFCHEZ; REDETT, 2014; POTGIETER; COETZEE, 2013; WALCZAK; BORKAN, 2016); no entanto, no contexto clínico ainda é escasso (DURÃO; MEIRIÑO; MÉXAS, 2018; SCHELL, 2012), principalmente na população de obesos (PAULA et al., 2017; ZITKUS, 2011).

Num segundo momento, fez-se necessário a compreensão simbólica que o comer teve para essas mulheres. Considerando a relação emocional do indivíduo com o alimento e a influência cultural das escolhas alimentares, desenvolveu-se uma reflexão em formato de artigo sobre o tema que fora aqui intitulado de Complexo do Comer (APÊNDICE 9). O tema corrobora em partes com a ideia proposta por Woodman (2002) sobre o Complexo da Alimentação, a qual defende ser uma manifestação neurótica em sujeitos com Transtornos alimentares. O proposto artigo produzido com este material traz o entendimento sobre a atuação do Complexo do Comer enquanto fator psíquico natural que representa as diferentes experiências individuais vivenciadas em torno do tema alimentação. Em indivíduos obesos, este pode expressar-se no comportamento alimentar disfuncional. Segue-se com a reflexão do quanto esse Complexo individual é influenciado por um Complexo Cultural (KIMBLES, 2014), interferindo nas emoções, representações e comportamentos alimentares de forma coletiva e individual, intensificados por uma demanda social e num momento cultural regidos pela soberania do belo e do corpo musculoso.

Neste estudo, buscou-se a compreensão do funcionamento tipológico de mulheres em tratamento clínico para obesidade, com o propósito de compreender o dinamismo entre estes e o comportamento alimentar atrelados às questões emocionais nesta população.

1.1 JUSTIFICATIVA

Devido à obesidade ser uma doença crônica e de etiologia multifatorial, é importante para seu tratamento considerar os aspectos psicológicos envolvidos no comportamento alimentar e na recuperação do peso perdido de indivíduos com obesidade.

O MBTI foi escolhido devido à sua capacidade em explorar as diferentes situações adaptativas e dinâmicas das funções psíquicas no comportamento humano. Este estudo pretendeu investigar os tipos psicológicos mais frequentes em mulheres em tratamento para obesidade, assim como suas possíveis associações com o comportamento alimentar. Os resultados desta pesquisa podem ampliar clinicamente o manejo do tratamento da obesidade com a eleição de estratégias terapêuticas que consideram a complexidade do comportamento alimentar no sujeito obeso e a saúde emocional destes indivíduos.

1.2 HIPÓTESES

1. Existem padrões de personalidade mais predominantes na população de mulheres obesas;
2. Os tipos psicológicos, ou seja, os padrões de personalidade não mudam após a cirurgia bariátrica em mulheres em tratamento da obesidade;
3. O Grupo Cirúrgico se comporta diferente do Grupo Clínico em relação ao comportamento alimentar e risco de suicídio durante a vida;
4. Complexo do Comer enquanto fenômeno psíquico natural do ser humano é expresso no comportamento alimentar, podendo ser funcional ou disfuncional;
5. As funções psíquicas Sentimento e Sensação são impactantes no comportamento alimentar e no peso corpóreo. Não comemos apenas de forma consciente às nossas necessidades fisiológicas, mas atribuímos um valor simbólico ao alimento.

1.3 OBJETIVOS

- ✓ Avaliar os tipos psicológicos de mulheres pós-bariátricas e compará-los com mulheres em tratamento clínico para a obesidade;
- ✓ Investigar o Comportamento Alimentar nos dois grupos de tratamento;
- ✓ Investigar a relação entre os tipos psicológicos e os indicadores clínicos nesta população, tais como IMC, ideação suicida e comportamento alimentar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

(Fernando Teixeira de Andrade).

A obesidade requer um olhar multidisciplinar que evidencie sua condição multifatorial por meio da visão de homem total e criativo. Nesta perspectiva, o estudo em questão integra os saberes da Psicologia Analítica junto às teorias que explicam essa doença crônica, na tentativa de uma compreensão psicológica deste fenômeno biopsicossocial.

2.1 CONCEITOS GERAIS DA OBESIDADE

A obesidade refere-se a uma condição epidêmica mundial e que acarreta imensos prejuízos na saúde física e emocional dos indivíduos. Sua prevalência aumentou em todo o mundo nos últimos 50 anos (BLÜHER, 2019). Segundo projeções da WHO (2018), em 2016 mais de 1,9 bilhão de pessoas adultas estavam com sobrepeso no mundo, das quais 650 milhões são consideradas obesas. Estima-se que 13% da população adulta esteja obesa, sendo 11% dos homens e 15% das mulheres. No Brasil, o excesso de peso passou de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016 e 18,9% da população brasileira está obesa. Especificamente em Curitiba, 20% dos homens e 16,5% das mulheres encontram-se na condição de obesos e com 55,8% dos homens e 50,3% das mulheres com o excesso de peso ou obesidade (BRASIL, 2017).

A obesidade é uma doença crônica de difícil tratamento e caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. É associada a graves complicações tais como diabetes mellitus tipo 2, doença hepática gordurosa, hipertensão, acidente vascular cerebral, demência, osteoartrite, apneia, alterações cognitivas e depressão, contribuindo para morbimortalidade e uma pior qualidade de vida (BLÜHER, 2019).

A obesidade tem etiologia multifatorial envolvendo aspectos psicossociais, genéticos, ambientais e hormonais. O estresse psicológico pode contribuir para o aumento da ingestão de alimentos, assim como para a alimentação emocional, ou

seja ao valor atribuído ao alimento e, conseqüentemente, para o descontrolado alimentar. Os hábitos de vida modernos e a falta de atividade física podem estar diretamente ligados à redução do gasto energético e ao aumento da ingestão calórica, os quais favorecem o ganho de peso (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA — ABESO, 2016).

O diagnóstico da obesidade é realizado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), que é a razão entre o peso e a altura ao quadrado [peso(Kg)/altura²(m)]. Os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) e sua relação com os riscos de comorbidades encontram-se no QUADRO 1.

QUADRO 1 - CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E RISCO DE COMORBIDADES DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

CLASSIFICAÇÃO	IMC(kg/m ²)	RISCO DE COMORBIDADES
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5 a 24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	Aumentado
Pré-obeso	25 a 29,9	Aumentado
Obeso Classe I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0 a 39,9	Severo
Obeso Classe III	≥ 40,0	Muito Severo

FONTE: Adaptada de WHO (2000).

O tratamento da obesidade requer abordagens que combinem intervenções individuais, assim como políticas públicas (DIAS et al., 2017). As estratégias de tratamento da obesidade envolvem mudanças no estilo de vida, uso de medicamentos (SUPLICY et al., 2014) e, em casos graves, cirurgia bariátrica (ZEVE; NOVAIS; OLIVEIRA JÚNIOR, 2012).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica — SBCBM, o número de cirurgias cresceu em 46,7%, entre 2012 e 2017, com mais de 100 mil delas realizadas em instituições privadas no país. No Sistema Único de Saúde (SUS) esse número cresceu mais de 200%, entre 2008 a 2017 (BATTISTELLI, 2018).

DAWES e colaboradores (2016), demonstraram em uma meta-análise a melhora do controle de doenças associadas, da qualidade de vida, e da saúde mental no pós-operatório. Há consenso sobre as melhoras associadas entre perda de peso e níveis de depressão (CASTANHA et al., 2018; DAWES, et al., 2016; XIE; DOHERTY; O'BOYLE, 2016). No entanto, estima-se que 20% a 30% das pessoas que fazem

cirurgia bariátrica irão ter recidiva de peso, principalmente após dois anos do procedimento, com causas multifatoriais e importantes ramificações nas áreas médica, psicológica e social (BATTISTELLI, 2018; KARMALI et al., 2013). Em paralelo, há evidências que a cirurgia bariátrica piora os sintomas psicológicos, com aumento de tentativas de suicídio (CASTANEDA et al.; 2019) e não alteração dos sintomas deprimidos (MUSSELMANA et al.; 2019), assim como a diminuição da qualidade de vida com a recuperação do peso perdido (LEAL; BALDIN, 2007; MAGDANELO JÚNIOR; CHAIM; TURATO, 2009).

Os resultados negativos da cirurgia podem estar relacionados às preocupações referidas por Segal e Fandiño (2002), quanto aos critérios e instrumentos avaliativos no processo de avaliação e indicação psiquiátrica para esse procedimento cirúrgico. Ribeiro e colaboradores (2016) apontam para a importância da atuação da equipe multidisciplinar, em especial para o papel do psicólogo bariátrico na manutenção e na qualidade do tratamento da obesidade.

2.2 A OBESIDADE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA — A GORDURA ENQUANTO UMA DIFÍCIL DIGESTÃO BIOPSISSOCIAL

Pensar a obesidade requer considerar um cenário de diferentes facetas. Devido ao caráter multifatorial, esse “grande tecido adiposo” pode ser estudado em diferentes contextos, tais como sociais, culturais, psicológicos e biológicos. Historiadores compreendem a obesidade enquanto um fenômeno sócio cultural que perpassa por representações e preceitos distintos de tempos em tempos. O ideal de saúde de antes não é mais vista como a de hoje, uma vez que o que era visto como produto da beleza, prosperidade e da fertilidade — fontes do imaginário coletivo — em mulheres acima do peso; agora é visto como algo da ordem do não saudável, do desleixo e do não produtivo (ASSUMPÇÃO JÚNIOR, 2004). Examinar os fatores sociais e culturais no tratamento da obesidade traz uma ampla noção do quão o homem histórico e, em constante transformação é refém da sua condição corpórea. A cultura é vista como um sistema aprendido de categorias, regras e planos que pessoas usam para guiar seus comportamentos, podendo permear os pensamentos relacionados aos temas gordura e magreza, seus hábitos alimentares e padrões de vida (SOBAL, 2001).

As predisposições socioculturais para a obesidade sempre existiram e atualmente estão mais suscetíveis de contribuir para os *rankings* das balanças. A transição nutricional comprova essa realidade ao verificar alterações na qualidade e na quantidade nutricional da população mundial, associadas a mudanças no estilo de vida, condições econômicas, sociais e demográficas, as quais trouxeram repercussões negativas na saúde populacional, gerando aumento dos quadros epidêmicos (BATISTA FILHO; RISSIM, 2003).

Essa transição nutricional pode ser um dos motivos para um cenário obesogênico, o qual é considerado:

an environment which is defined here as the sum of influences that the surroundings, opportunities, or conditions of life have on promoting obesity in individuals or populations (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999, p. 564).

Desta forma, percebe-se a gravidade da influência de impulsionadores globais do sistema alimentar por meio da oferta de alimentos calóricos, processados e de rápido acesso interagindo com as condições genéticas e culturais, repercutindo nas escolhas e nos hábitos de vida, os quais contribuem significativamente para o desenvolvimento da obesidade (SWINBURN et al., 2011).

Sob o ponto de vista psicodinâmico, a obesidade, assim como os demais sintomas de ordem emocional no obeso, podem expressar conflitos psíquicos (WOODMAN, 2001) envolvidos na experiência corpórea e sustentados por um desejo de beleza e aceitação social. Paradoxalmente, a mesma sociedade que cobra por limites e corpos ideais é também aquela que oferece diferentes estímulos gastronômicos, sob condições de pesados juros a serem pagos pela culpa, com o uso de rituais representados pelas radicais dietas e restrições calóricas.

Numa perspectiva simbólica, é possível pensar que o “DURO”, na “gorDURA” estaria representando as mais diversas dificuldades humanas em metabolizar e digerir suas angústias pessoais e coletivas? É uma reflexão que se faz pertinente neste “cenário obesogênico” que exige desconstruções e novos sentidos culturais.

A compreensão dos diferentes fatores no desenvolvimento da obesidade exige o pensar em medidas de saúde pública que valorizem e contribuam para a saúde integrada e consciente das necessidades sociais, psíquicas e físicas do indivíduo.

2.2 TEORIA DOS TIPOS PSICOLÓGICOS DE CARL GUSTAV JUNG

E, como todos nós pendemos mais para este ou aquele lado, estamos naturalmente inclinados a entender tudo sob a ótica de nosso próprio tipo. (C.G. Jung, 2011, §2).

2.2.1 Descrição Geral dos Tipos Psicológicos de Jung

A teoria dos Tipos Psicológicos de Carl Gustav Jung foi resultado de anos de observação em suas atividades clínicas com investigações e discussões entre colegas da área. Jung começou a perceber diferenças individuais típicas e genéricas nas pessoas e relatou que o indivíduo está naturalmente inclinado a entender o mundo e seus fenômenos pela ótica de seu próprio tipo psicológico (Jung, 2011). Em 1920, Jung publica o livro **Tipos Psicológicos** com a construção e sistematização de suas proposições acerca de um quadro teórico sobre os diferentes tipos de personalidade. O escrito foi um marco histórico na obra de Jung, trazendo conceitos que são conhecidos e referenciados inclusive no linguajar cotidiano.

Personalidade na teoria da Psicologia Analítica contempla todos os sistemas conscientes e inconscientes, assim como os pensamentos, sentimentos e experiências vividas pelo indivíduo que representam a psique humana (NASSER, 2010). Jung descreve a psique como um todo dinâmico e interligado que engloba a personalidade total, com seu sistema funcional e processual,

[...] por psique entendo a totalidade dos processos psíquicos, tanto conscientes quanto inconsciente. Por alma, porém, entendo um complexo determinado e limitado de funções que poderíamos caracterizar melhor como “personalidade”.(Jung, 2011, p. 424, § 752).

O processo dinâmico da personalidade está atribuído ao sistema homeostático da energia psíquica. Jung distingue os tipos psicológicos por seu comportamento peculiar em relação ao objeto/outro, afirmando que essas considerações não se tratam de casos isolados, e sim de atitudes típicas genéricas. Refere-se que, independentemente de gênero ou classe social, são principalmente perceptíveis em sujeitos com personalidades marcantes (JUNG, 2011).

Na descrição dos tipos está implícita a capacidade adaptativa do homem. Segundo Jung, “biologicamente falando, a relação entre sujeito e objeto é sempre uma relação de adaptação” (JUNG, 2011, p. 345, §624), ou seja, essa relação pressupõe modos psicológicos de adaptação que, em situações normais, há uma disposição

individual bem definida, já observada na infância. Em situações de extrema dificuldade de adaptação ou de interferências externas sob o direcionamento desta disposição natural, o indivíduo pode tornar-se neurótico e ser afetado em seu bem-estar, devido ao intenso esgotamento energético.

De forma geral, Jung estabelece duas possíveis orientações da energia psíquica, a introversão e a extroversão. Ambas são opostas e encontradas em um mesmo indivíduo de forma complementar (JUNG, 2011).

FIGURA1 - DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA PSÍQUICA NAS ATITUDES INTROVERTIDA E EXTROVERTIDA



FONTE: A Autora (2019).

Na introversão a energia psíquica flui de fora (mundo externo) para dentro da psique e na extroversão de dentro (mundo interno) para fora da psique. No entanto, devido ao princípio homeostático da psique, inconscientemente, haverá uma complementação inversa dessas atitudes (FIGURA 1).

Na introversão as atitudes do indivíduo são orientadas por fatores subjetivos e carregadas de valores internos. A preocupação está em retirar a energia psíquica do objeto, assim como proteger-se contra a ameaça que este objeto possa gerar. Neste sistema, entre a forma de perceber o objeto e o agir do introvertido se apresenta um pensar subjetivo. A consciência do introvertido percebe as condições externas, mas se orienta pela disposição subjetiva ao receber o estímulo sensorial. Na esfera compensatória e inconsciente do tipo introvertido, o objeto tem poder e exerce influência no comportamento devido à falha na relação que o **eu** tem com o dado objetivo, gerando no ego um sistema de defesas e uma fantasia frente a esse objeto que lhe gerará medo e lhe parecerá ameaçador. Sobre essa fantasia primitiva, Jung descreve, “É como se o objeto possuísse, então, força mágica”(JUNG, 2011, p. 392, §699), expressando qualidades arcaicas, perigosas e amedrontadoras frente ao objeto.

Na extroversão, as atitudes são orientadas por fatores objetivos e externos. Tal atitude apresenta uma relação positiva com o objeto, aumentando sua importância

na medida em que necessita se orientar e se relacionar pelos fatos que o mundo exterior fornecer. Essa adaptação às condições objetivas, tanto no bom como no mau sentido, desempenha força dominante em sua consciência e a opinião subjetiva ficará à mercê da sua função. Todo interesse e atenção estarão voltados a acontecimentos e influências externas recebidas de pessoas e objetos. Suas leis morais coincidem com as leis coletivas, não existindo outra forma de agir. O extrovertido tende a levar em pouca consideração as suas necessidades subjetivas, o que lhe pode trazer um desequilíbrio manifesto nas sensações anormais do corpo, sendo este:

[...] precisamente seu ponto fraco, pois a tendência de seu tipo puxa tanto para fora que facilmente o mais notório de todos os fatos subjetivos, isso é, a saúde do corpo, não seja levada em conta o suficiente, por ser muito pouco objetiva, muito pouco “externa”; e assim, a satisfação das necessidades mais elementares, indispensáveis ao bem estar-físico, não é atendida. Sofre por isso o corpo e a alma (JUNG, 2011, p. 349, §631).

Jung descreve sobre o risco da extrema atitude extrovertida ao ser atraído para dentro do objeto e perder-se nessa indiferenciação. As manifestações corporais dos sintomas teriam uma função simbólica e compensatória, exigindo desse indivíduo uma introversão involuntária para com a situação psicológica. Na época, descreveu os casos de histeria como a neurose mais frequente nesse tipo psicológico, com a atividade altamente mórbida da fantasia. Essa unilateralidade consciente desperta um caráter regressivo no inconsciente e, neste, assume formas mais infantis e arcaicas que podem ser manifestadas sintomaticamente, sucumbindo às pretensões subjetivas infantis.

Para Jung, naturalmente, num mesmo indivíduo extrovertido é possível atitudes introvertidas. No entanto, quando prevalece o sistema extrovertido, a função psíquica mais diferenciada do ego estará sempre à disposição do extrovertido e será a melhor expressão da personalidade consciente, enquanto as demais funções estarão à serviço do sistema introvertido e pouco consciente. Assim, nas funções menos diferenciadas revela que “nelas, o inconsciente se manifesta com frequência”(JUNG, 2011, p. 355, §641).

A atitude geral no indivíduo está relacionada com as disposições herdadas e influenciadas pelas experiências vivenciadas, aprendidas socialmente e por convicções adquiridas das representações coletivas.

Em paralelo às duas atitudes descritas, Jung(2011) elenca quatro funções psíquicas básicas que, combinadas e baseadas em pares opostos, resultam em oito possíveis padrões que formam a personalidade e estão à serviço da adaptação de um indivíduo: Pensamento e o Sentimento como funções racionais para avaliar e tomar decisões sobre as informações recebidas do meio. Sensação e Intuição, enquanto funções irracionais para perceber e receber informações de fatores internos e externos. Neste constructo, Jung propõe a dinâmica dos Tipos Psicológicos que constituem os padrões de comportamento (QUADRO 2).

A função psicológica é denominada por Jung enquanto “uma certa forma psíquica de atividade”(JUNG, 2011, p. 451, §811), que sob o ponto de vista energético nada mais é do que uma forma de manifestação da energia psíquica. As quatro funções básicas distinguidas não podem ser desenvolvidas ao mesmo tempo num mesmo indivíduo. As exigências adaptativas e sociais levam a uma identificação com uma das funções deste modelo da estrutura quádrupla da psique. Devido a esse comportamento natural, a unilateralidade da função principal irá aumentar, tendo assim as “aptidões” e, conseqüentemente, haverá por outro lado da personalidade um lento dinamismo, próprio de um desenvolvimento encoberto ou inconsciente, sendo assim chamada de funções inferiores (VON FRANZ; HILLMAN, 2010).

O termo inferior não se refere a um sentido psicopatológico ou negativo, mas uma função não totalmente reconhecida pela consciência, que irá atuar de forma compensatória e homeostática no inconsciente. Na neurose, a atuação desta função se torna intensamente inconsciente e pode ser vivida de modo não controlado pelo ego. Entretanto, o seu reconhecimento pode levar a possibilidades de desenvolvimento psíquico (JUNG, 2011).

A estruturação dos tipos psicológicos de um indivíduo, ao ser definida desde a infância, não mais se modifica ao longo da vida. Devido ao complexo dinamismo inerente à natureza dos tipos, a compreensão do tipo psicológico exige conhecimentos teóricos e práticos sobre a tipologia psicológica junguiana. Embora os tipos psicológicos obedeçam a uma estrutura, para sua avaliação deve-se levar em consideração seu funcionamento dinâmico (JUNG, 2011). Quando uma função diferenciada é dominante, surge uma atitude típica. Desta forma tem-se uma atitude específica podendo ser do tipo pensamento, sentimento, sensação ou intuição. Segundo Jung, “uma pessoa que orienta sua atitude global pelo princípio da sensação pertence ao tipo sensação”(JUNG, 2011, p. 482, §893). Além de atitudes individuais,

Jung descreve atitudes coletivamente determinadas e denomina de coletivo os conteúdos psíquicos comuns a muitos indivíduos, chamando-os de “representações místicas coletivas” (JUNG, 2011, p. 435, §771). Desta forma, o comportamento humano é influenciado por representações que vão além da esfera particular, sendo a consciência moral a forma de pensar, sentir e decidir sobre algo, influenciadas pelas representações sociais.

QUADRO 2 - ESQUEMATIZAÇÃO DAS POSSIBILIDADES DE ASSOCIAÇÕES DOS 8 TIPOS PSICOLÓGICOS NA TEORIA DE CARL GUSTAV JUNG

Atitudes	Funções racionais (pensamento e sentimento)	Funções Irracionais (sensação e intuição)
Extroversão	Pensamento Extrovertido - Neste tipo a natureza extrovertida se dá pela orientação racional do julgamento, a qual está voltado para dados objetivos e ideias gerais, transmitidos pelas percepções sensoriais	Sentimento Extrovertido - A relação com o objeto é tomada pelos valores objetivos, e não mais por influências subjetivas. Os sentimentos se orientam por determinantes objetivos tradicionais e aceitos universalmente.
Introversão	Pensamento Introverso - O modo de pensar não está ligado apenas a experiência objetiva imediata, tão menos as ideias gerais, mas há um fluxo pensante subjetivo. O pensar inicia-se e finaliza-se no sujeito, mas são as introspecções e imagens que representam as ideias que predominam.	Sentimento Introverso - A forma de julgar e tomar decisões é determinada sobretudo pelo fator subjetivo e valorativo. Tem o objeto como um estímulo para suas aspirações subjetivas.
Sensação Extrovertida - Há a predominância realista dos dados objetivos. Suas motivações e percepção do mundo estão voltadas para o concreto, para as sensações e para os prazeres ao máximo.	Intuição Extrovertida - A intuição é determinada pela função da percepção inconsciente e na atitude extrovertida, essa percepção se dá totalmente para objetos externos.	Sensação Introversa - O caráter introverso transforma a sua natureza. O que estava relacionado a percepção do fora/objeto, apresenta uma disposição subjetiva do estímulo percebido. O fator subjetivo da sensação é uma disposição inconsciente que altera a percepção dos sentidos e o objeto fica secundário.
Intuição Introversa - A intuição está voltada para elementos inconscientes. Há uma realidade psíquica, voltada a imagens subjetivas das coisas e pouca percepção de si e de se corpo, devido à falta de conexão do fenômeno consigo mesmo e da repressão da sensação do objeto.		

FONTE: A Autora (2019).

2.3 CONTRIBUIÇÕES DE MYERS E BRIGGS NA COMPREENSÃO SISTEMÁTICA DOS TIPOS PSICOLÓGICOS

Porque da maneira que em um corpo temos muitos membros, e todos os membros não têm a mesma função: Assim, ainda que muitos, somos um só corpo... e todos nós, membros uns dos outros. Mas temos dons distintos (Rom.12:4-8).

2.3.1 Descrição Geral dos Tipos Psicológicos de Myers e Briggs

Cronologicamente, a Teoria dos Tipos Psicológicos de Jung é diferente da Teoria dos Tipos de Myers e Briggs (1997). Na década de 40, mãe e filha começam a se interessar pelas diferenças entre as personalidades e aprofundam-se nos estudos de Jung sobre a temática. Baseiam-se nas formulações teóricas de Jung acerca do modo como as funções da consciência interagem dinamicamente e se expressam no comportamento. No entanto, perceberam uma preferência adicional além das descritas por Jung, o que denominaram como uma quarta dimensão, voltada a uma orientação no mundo e opostas entre si, que intitularam de Julgamento e Percepção. Definiram que na medida em que as pessoas agem orientadas por preferências, desenvolvem certos padrões de comportamento sistematizados.

Assim, na elaboração do MBTI inclui-se 16 possíveis combinações, por meio dos pares opostos das preferências: EI (extroversão ou introversão), SN (sensação ou intuição), TF (pensamento ou sentimento) e JP (Julgamento ou Percepção). Por preferência, entende-se a naturalidade que um indivíduo age, fazendo-as, por meio de uma atitude sem maiores esforços e treinamento (MYERS; MYERS, 1997).

Segundo Myers (2011), as preferências encontradas no MBTI indicam as diferenças entre as pessoas. Estas resultam-se: do campo de preferência no focar a atenção e buscar energia psíquica (Extroversão ou Introversão); da maneira pela qual preferem buscar informações (Sensação ou Intuição); pela forma de tomar decisões (Pensamento ou Sentimento); e pela maneira que se orientam no mundo externo, podendo ser da forma livre/não estruturada (Percepção) ou estruturada (Julgamento). Os Tipos Psicológicos referem-se a padrões de personalidade constituídos pela interação dinâmica das quatro preferências, aliadas às influências ambientais e às escolhas pessoais.

Por se tratar de um dinamismo psíquico, as funções dominantes sofrem influências das demais atitudes conscientes. O papel do processo auxiliar é

essencial para o equilíbrio das funções, ou seja, se o dominante for um processo julgador (sentimento ou pensamento), o auxiliar será necessariamente um processo perceptivo (sensação ou intuição). Jung já ressaltava essa importância, ao considerar que, “ A função auxiliar, portanto, é possível e útil apenas na medida em que serve à função principal, sem pretender, com isso, a autonomia de seu princípio”(JUNG, 2011, p. 418, §737).

No extrovertido, o processo dominante está relacionado ao mundo externo, às ideias e aos objetos; já seu processo auxiliar é voltado às necessidades do mundo interior. No introvertido o processo dominante está a serviço do mundo interno e atribui a adaptação ao mundo externo ao seu processo auxiliar, o qual se não estiver desenvolvido trará consequências negativas à adaptação do introvertido no mundo externo.

No MBTI a utilização das siglas se faz necessária. A preferência JP irá determinar o processo dominante do indivíduo. No extrovertido, se o tipo termina com J, o processo dominante será julgamento (pensamento ou sentimento) e se terminar com P, a dimensão perceptiva (sensação ou intuição) será dominante. No introvertido ocorre o oposto, se o processo dominante é julgador (pensamento ou sentimento) ele não agirá externamente de forma julgadora e sim perceptiva (sensação ou intuição), conforme a natureza do seu processo auxiliar e vice-versa. De forma didática, a natureza dominante das funções psíquicas está localizada na letra sublinhada (QUADRO 3).

QUADRO 3 - O PROCESSO DOMINANTE DOS 16 TIPOS PSICOLÓGICOS

	TIPOS SENSORIAIS		TIPOS INTUITIVOS	
	ST	SF	NF	NT
I – J	I <u>S</u> TJ	I <u>S</u> FJ	I <u>N</u> FJ	I <u>N</u> TJ
I – P	I <u>S</u> TP	I <u>S</u> FP	I <u>N</u> FP	I <u>N</u> TP
E – P	E <u>S</u> TP	E <u>S</u> FP	E <u>N</u> FP	E <u>N</u> TP
E – J	E <u>S</u> TJ	E <u>S</u> FJ	E <u>N</u> FJ	E <u>N</u> TJ

FONTE: Adaptada de Myers e Myers (1997).

LEGENDA: I= introversion; E= extroversion; F= feeling; T= thinking; S=sensation; N= intuition; J= judgment; P= perception.

Myers (2011) ao considerar a importância do dinamismo dos tipos e dos seus sistemas relacionados, propõe a divisão das funções em quatro escalas de preferências: Extroversão-Introversão; Sensação-Intuição; Pensamento-Sentimento e Julgamento-Percepção. A autora defende que cada preferência identificada pelo instrumento é um aspecto multifacetado da personalidade que traz características

pessoais a serem compreendidas pelo próprio analisando, assim como a compreensão de outras pessoas com essas características típicas, as quais podem ser observadas no QUADRO 4.

O entendimento da tipologia proposta no MBTI deve ser feito de forma dinâmica e por meio da compreensão da combinação das quatro preferências. Nos primeiros anos de desenvolvimento do instrumento, Myers dividiu as questões referentes a cada dicotomia em agrupamentos com perguntas que tinham temas em comum e levantou hipóteses sobre possíveis relações entre as respostas. Pela análise fatorial encontrou quatro fatores principais que correspondem às quatro dicotomias presentes no MBTI, (E-I; S-N; T-F; e J-P), assim como os fatores menores que correspondem aos padrões individuais de resposta em cada dicotomia. Uma nova versão do Instrumento MBTI, foi desenvolvida e conhecida como *MBTI Step II*. Esta versão foi, em 2001, revisada e alguns itens foram modificados, formando então o Formulário Q. Atualmente, mais de dois milhões de indicadores de MBTI são aplicados anualmente nos Estados Unidos e o instrumento é também utilizado internacionalmente, traduzido para mais de 30 línguas (MYERS, 2011).

QUADRO 4 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS 16 TIPOS PSICOLÓGICOS DO MBTI

TIPOS SENSITIVOS		TIPOS INTUITIVOS	
ISTJ Sérios, quietos, alcançam o sucesso por meio da concentração e meticulosidade. Práticos, metódicos, factuais, lógicos, realistas e confiáveis. Organizadores e assumem responsabilidades. Tomam decisões baseadas no que é necessário e agem de maneira estável, indiferentes a protestos ou distrações.	ISFJ Quietos, amigáveis, responsáveis e cuidadosos. Trabalham para cumprir as obrigações. Proporcionam estabilidade a qualquer projeto ou grupo. Meticulosos, cuidadosos e precisos. Seus interesses normalmente não são técnicos. Podem ser pacientes com detalhes, atenciosos, perceptivos, preocupados com os sentimentos alheios.	INFJ Alingem o sucesso por meio da perseverança, originalidade e desejo de fazer o necessário. Concentram sua energia no trabalho. Eficazes, cuidadosos, preocupados com os outros. Respeitados por seus princípios firmes. Apreciados por suas visões claras sobre como servir ao bem comum.	INTJ Criativos e movidos por suas próprias ideias e propósitos. Têm visão ampla e são rápidos na identificação de padrões. Em suas áreas preferidas, são muito organizados e sempre cumprem suas tarefas. Céticos, críticos, independentes, determinados, altamente competentes e detalhistas.
ISTP Observadores imparciais, quietos, reservados. Analisam a vida com curiosidade neutra e com "tiradas de bom humor" inesperadas. Normalmente interessados em causas e efeitos, em como e porque as coisas funcionam. Grande habilidade para chegar ao centro do problema prático e encontrar soluções de forma lógica.	ISFP Reservados, simpáticos, sensíveis, educados e modestos sobre suas habilidades. Demonstram discordâncias, mas não impõem suas opiniões ou valores. Normalmente, não se preocupam em liderar, mas são seguidores leais. Geralmente sentem-se despreocupados com os seus deveres por apreciarem o momento presente e não quererem estragá-lo com precipitações exageradas.	INFP Observadores, idealistas, leais. A vida externa precisa estar compatível com seus valores internos. Curiosos, enxergam novas possibilidades. São catalisadores na implantação de ideias. Adaptáveis, flexíveis e compreensivos, a menos que um valor seja ameaçado. Procuram entender as pessoas e potenciais humanos podem ser satisfeitos. Dão pouca importância a bens materiais.	INTP Quietos e reservados. Gostam de atividades teóricas ou científicas, assim como resolver problemas analíticos e lógicos. Interesses nas ideias, com pouco interesse por festas ou conversas. Geralmente precisam seguir uma carreira na qual algum grande interesse possa ser aplicado de maneira útil.
ESTP Grande habilidade na solução rápida de problemas. Gostam de ação e de surpresas. Gostam de coisas mecânicas e estar sempre acompanhados de amigos. Adaptáveis, tolerantes, pragmáticos. Focalizam a obtenção de resultados. Não gostam de explicações muito longas, são excelentes com coisas concretas, as que podem ser trabalhadas, manuseadas, desmontadas e remontadas.	ESFP Comunicativos, compreensivos, amistosos. Gostam de tudo e tornam tudo mais divertido para os outros por meio de sua própria empolgação. Gostam de ação e de fazer as coisas acontecerem. Sabem o que está acontecendo e querem participar ativamente. Maior facilidade para se lembrar de fatos do que de teorias, são ótimos em situações que requerem bom senso e habilidade prática com as pessoas.	ENFP Bastante entusiasmados, alegres, criativos, imaginativos. Capazes de fazer a maior parte das coisas que lhes interessam. Aham soluções rapidamente para qualquer tipo de dificuldade. Sempre prontos para ajudar pessoas com problemas. Preferem improvisações, em vez de planejamento prévio. Geralmente encontram razões convincentes para aquilo que querem.	ENTP Rápidos, criativos, com muitas habilidades. São companhias agradáveis, estão sempre atentos e são sinceros. Discutem somente por divertimento. Grande habilidade na solução de problemas novos e desafiantes, porém, podem ser negligentes com tarefas rotineiras. Apresentam diversos interesses. Facilidade em encontrar razões lógicas para o que querem.
ESTJ Práticos, realistas, naturalmente hábeis para negócios ou mecânica. Não mostram interesse por teorias abstratas, querem aprender sobre aplicações diretas e imediatas. Gostam de organizar e conduzir atividades. Geralmente, são bons administradores; determinados, rápidos na implantação de decisões.	ESFJ Afetuosos, faladores, populares, cuidadosos, bons colaboradores e membros ativos de comitês. Necessitam de harmonia e têm habilidade para criá-la. Tendem a estar sempre fazendo o bem para alguma pessoa. Trabalham melhor se encorajados e elogiados. Principal interesse está naquilo que afeta direta e visivelmente a vida das pessoas.	ENFJ Prestativos e responsáveis. Preocupados com o que os outros pensam. Tentam respeitar os sentimentos dos outros. Podem apresentar propostas e liderar uma discussão em grupo com bastante tato e habilidade. Sociáveis, populares, complacentes. Reagem a elogios e críticas. Gostam de ajudar as pessoas a atingir o seu potencial.	ENTJ Sinceros, decididos, líderes. Desenvolvem e implantam amplos sistemas para resolver problemas organizacionais. Habilidade especial para tudo que necessita de explicações e discursos inteligentes, tais como falar em público. Geralmente, são bem informados e gostam de aumentar seus conhecimentos.

FONTE: A Autora (2019).

2.4 COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SUAS DIFERENTES ABORDAGENS

No campo científico, a relação entre o comportamento alimentar e os hábitos alimentares, assim como seus modos de conceituação se diferem nas diferentes áreas e abordagens. Na Psicologia é possível o estudo do comportamento alimentar pelo enfoque psicodinâmico com foco nos processos internos e subjetivos do ser humano, como também aquelas mais próximas ao modelo biomédico (KLOTZ-SILVA; PRADO; SEIXAS, 2016). Neste estudo, essas formas de compreensão do comportamento alimentar serão complementares e não excludentes.

2.4.1 Aspectos Homeostáticos e Hedônicos no Comportamento Alimentar

São vários os fatores que demonstram a complexidade do comportamento alimentar, os quais interagem com os mecanismos homeostáticos e não homeostáticos ou hedônicos da ingestão alimentar. Entre os determinantes fisiológicos destacam-se os neuroendocrinológicos que regulam a fome, a saciedade e o gasto energético de forma a manter um balanço energético da ingestão de alimentos (HALPERN; RODRIGUES; COSTA, 2004). No mecanismo não homeostático de natureza hedônica, o paladar está atrelado ao sistema de recompensa cerebral mesolímbico, especificamente ao núcleo accumbens, à área tegmentar ventral e aos neurônios dopaminérgicos. Este circuito envolve sistemas de recompensa do cérebro que permitem o reforço de respostas que não têm valor homeostático e constitui uma base neural para os fenômenos relacionados com a adição (RIBEIRO; SANTOS, 2013). Os comportamentos ligados ao sistema de recompensa estão associados à motivação para procura do alimento, por meio dos estímulos visual, olfatório e auditivo que são reforçados pela aprendizagem de associações destes alimentos com sensações prazerosas.

De forma geral, a dicotomia tradicional entre os mecanismos homeostáticos e não homeostáticos deve ser substituída por uma visão interativa e adaptativa que considere, na homeostase energética da ingestão alimentar, os sistemas de recompensa, a cognição e as emoções, levando em consideração as condições fisiológicas e ambientais (BERTHOUD; MÜNZBERG; MORRISON, 2017).

A obesidade e os transtornos alimentares estão associados à saúde física e emocional. Seu tratamento exige a interação entre os profissionais especialistas tanto

no campo da obesidade como no campo do comportamento alimentar. Indivíduos obesos com transtornos alimentares têm maiores complicações clínicas e sociais (LUZ, et al., 2018).

De acordo com o DSM-V os transtornos alimentares são definidos como perturbação persistente na alimentação e nos comportamentos alimentares que resultam no maior consumo ou na absorção alterada de alimentos, com graves prejuízos à saúde física ou no funcionamento psicossocial dos envolvidos. Os transtornos descritos neste manual são PICA, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. A obesidade não está incluída no DSM-V como um transtorno mental, uma vez que é resultante do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao seu gasto calórico. Entretanto, há uma vasta associação entre obesidade e transtornos mentais, tal como o transtorno de compulsão alimentar (DSM-V—AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION — APA, 2014)

A presença de compulsão alimentar é mais comum entre os pacientes obesos do que entre os indivíduos com peso normal, e o comportamento alimentar inadequado deve ser investigado já no início do tratamento da obesidade. Um estudo brasileiro identificou, numa amostra de 168 mulheres obesas em tratamento clínico para obesidade, que mais de 90% das participantes apresentavam hábitos alimentares irregulares com episódios de descontrole alimentar (FIGUEIREDO, 2012).

Os pacientes obesos com transtornos alimentares, quando comparados ao grupo de obesos não compulsivos, tendem a iniciar mais cedo a preocupação e a oscilação de peso e dedicam mais tempo a tratamentos, muitas vezes não convencionais (COUTINHO, 1998). Outro estudo observa em pacientes obesos com transtornos alimentares maiores IMCs, sintomas de depressão e sentimentos de inadequação e inferioridade do que os obesos sem transtornos alimentares (POLI et al., 2012). Da mesma forma, Jones-Corneille e colaboradores (2012) observam maiores escores de transtornos de humor, ansiedade e baixa autoestima em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica com transtornos alimentares, do que aqueles sem transtornos alimentares.

De qualquer forma, são bem documentadas as dicotomias entre a melhora dos aspectos psiquiátricos e da qualidade de vida com a perda de peso (CASTANHA et al., 2018; DAWES et al., 2016; NOVELLE; ALVARENGA, 2016). Estudos retratam as modificações do quadro do comportamento alimentar com a perda de peso em

tratamento clínico com melhoras dos aspectos ansiedade, depressão, compulsão alimentar e qualidade de vida após um ano de tratamento antiobesidade (SUPLICY et al., 2014). Da mesma forma como no tratamento cirúrgico com melhoras dos sintomas de ansiedade, depressão, comportamento bulímico e qualidade de vida (TAE et al., 2014). No entanto, a recidiva de peso após a cirurgia bariátrica, principalmente após dois anos do procedimento também é retratada (BATTISTELLI, 2018; KARMALI et al., 2013). Em paralelo, há evidências de que a cirurgia bariátrica piora os sintomas psicológicos, com aumento de tentativas de suicídio (CASTANEDA et al., 2019) e não alteração dos sintomas deprimidos (MUSSELMANA et al., 2019), assim como a diminuição da qualidade de vida com recuperação do peso perdido (LEAL; BALDIN, 2007; MAGDANELO JÚNIOR; CHAIM; TURATO, 2009).

O comer emocional, também conhecido com *emotional eating* tem sido tema de interesse de estudos sobre o comportamento alimentar na população de obesos. Observa-se maior descontrole alimentar e a motivação pelo alimento devido questões emocionais em candidatos para a cirurgia bariátrica (BALDOFSKI et al., 2015), assim como na população de obesos em geral (CRUZ; NUNES, 2019).

Estudos referem-se à importância da investigação dos hábitos alimentares familiares e dos vínculos afetivos entre mãe e filho, enquanto objeto de pesquisa para a prevenção do comer emocional e do risco da obesidade em crianças e jovens adolescentes (SALTZMAN et al., 2016; VAN STRIEN et al., 2019).

De forma geral, em indivíduos obesos, comportamentos de compulsão alimentar e/ou restrição alimentar são mais frequentes e contribuem para os fracassos observados no tratamento da obesidade (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

2.4.2 Aspectos Psicodinâmicos no Comportamento Alimentar

Numa perspectiva psicodinâmica, o comer emocional é compreendido como uma expressão da realidade psíquica, a qual pode ser esclarecida e modificada na medida do seu conhecimento (GADOTTI; BORGES; SAMPAIO, 2017; WOODMAN, 2002).

A relação com o comer perpassa sentidos que vão além da necessidade puramente biológica. Jung (2009) destaca a fome como um dos instintos humanos mais importantes na adaptação do comportamento humano e, inequivocamente, no comportamento alimentar. O autor elenca cinco principais instintos que influenciam o

comportamento humano, sendo estes a fome, a sexualidade, a atividade, a reflexão e a criatividade. Destaca que devido ao caráter humanizado e psiquificado dos instintos é possível a modificação de sua natureza e da sua finalidade. Esta modificação configura-se com consequências psíquicas diversificadas, das quais se destacam a possibilidade representativa ou metafórica do instinto. Esta permite a compreensão simbólica do ato alimentar. Diferentemente dos animais, o indivíduo humaniza o comer para fins psicológicos, culturais e sociais agregando valor e significados (JUNG, 2009).

Etimologicamente, a palavra símbolo advém do grego, *symbolum*, sinal. Porém, que sinal é esse? Por símbolo, devem-se conceber palavras, objetos, imagens que possuem significados além do que alcança a mera terminologia causal. São representações que envolvem conteúdos inconscientes, muitas vezes não associados à capacidade de apreensão humana e, capazes de elucidar conteúdos que se apresentam limitados no repertório comunicativo do homem (JUNG, 2008). Estes sinais, portanto, são representações do inconsciente que, de alguma maneira, encontraram formas de emergirem parcialmente à consciência por meio de uma ligação com a realidade.

No que tange à compreensão de fome enquanto manifestação simbólica, pode-se vislumbrar representações que transpõem o simples comportamento alimentar em direção a uma saciedade exclusivamente orgânica, trazendo outros significados. Ainda nesta compreensão de Jung (2009), depara-se com a função teleológica, sendo que, “[...] A vida é teleológica *par excellence*, é a própria persecução de um determinado fim, e o organismo nada mais é do que um sistema de objetivos prefixados que se procura alcançar” (JUNG, 2009, p. 356, §798). Sendo assim, todo dinamismo e atitude psíquica tem uma finalidade, um “para quê” ser.

A psique em sua totalidade é considerada um sistema estruturado e dinâmico que se autorregula para fins de equilíbrio psíquico e está em constante relação com o corpo e com o mundo. Nesta homeostase psíquica, corpo e psique são dois sistemas simultâneos (NASSER, 2010; JUNG, 2009).

Segundo Woodman (2002), na unidade corpo-psique, o complexo alimentar em obesas compulsivas é visto como a tentativa de resolução dos conflitos psíquicos. A não resolução deste complexo configura um quadro de neurose, impedindo que a essência feminina se expresse naturalmente e de forma criativa, sendo que, “A

experiência do feminino é a chave psicológica tanto para a doença como para a cura dos nossos tempos.” (WOODMAN, 2002, p. 104).

Gadotti e colaboradores (2017), explicam de forma metafórica o comportamento compulsivo no sujeito obeso enquanto uma incorporação voraz do alimento, próprios de uma indigestão psíquica dos conteúdos psicológicos. O estar cheio e, conseqüentemente, seu transbordar sugere uma tentativa de sonhar, compensar, ativar a imaginação e de alguma forma se fartar. As autoras consideram que o processo de elaboração e significação dos conteúdos emocionais no indivíduo, poderão servir de nutrientes para a psique, o qual pode ser refletido no processo de digestão humano. Num primeiro momento, tem-se a ingestão do alimento que é transformado em nutrientes, para que possam ser distribuídos no corpo. A psique, por sua vez, somente será capaz de transformar a energia das experiências em “alimento psíquico” para a alma, após uma resolução simbólica dessas experiências.

As primeiras relações vinculares são impactantes nas escolhas e descobertas do ato alimentar. Desde os momentos iniciais da vida, as primeiras satisfações estão ligadas ao alimento. A mãe, ao alimentar o filho, substitui a tensão causada pelo desconforto da fome pelo prazer da saciedade como uma possibilidade de equilíbrio emocional à criança. Na medida das satisfações das necessidades fisiológicas também se estabelece um relacionamento maternal. Na infância inicia-se a relação entre o prazer e o comer. Este ato pode confundir a criança que não aprende a diferenciar sensação de fome e de saciedade e passa a associar o seu desconforto e frustração à ingestão de alimentos. Muitas mães, ao não saberem como expressar seus afetos, acabam por superalimentar a criança (NÓBREGA, 2006).

Quando adultos, alguns indivíduos continuam a procurar alívios das emoções negativas nos alimentos. Situações de estresse psíquico, tédio, tristeza, solidão ou mesmo o fracasso de manter uma dieta, faz com que estes aumentem a ingestão calórica na busca por um equilíbrio emocional, tendo como consequência o aumento de peso (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 CASUÍSTICA

Estudo descritivo, transversal e de campo realizado em 120 mulheres com idade entre 18 e 65 anos, em acompanhamento clínico especializado para obesidade no Ambulatório de Obesidade e Síndrome Metabólica do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (SEMPR/HC/UFPR). As participantes foram divididas em dois grupos: Grupo Cirúrgico e Grupo Clínico. O Grupo Cirúrgico foi composto por 60 mulheres que realizaram cirurgia bariátrica no Hospital de Clínicas, há pelo menos dois anos, com a técnica disabsortiva e restritiva *Bypass Gástrico em Y de Roux (RYGB)*, que no HC é realizado através de procedimento aberto (por corte). O Grupo Clínico foi composto por 60 mulheres em tratamento clínico para obesidade.

Os critérios de inclusão foram: mulheres em acompanhamento no ambulatório de obesidade; histórico de obesidade; e disponibilidade para responder ao protocolo de avaliação do estudo. Para as pacientes do Grupo Cirúrgico, foi estabelecido o período mínimo de dois anos de cirurgia bariátrica devido às possíveis alterações metabólicas e psicológicas próprias do procedimento cirúrgico.

Os critérios de exclusão foram: sexo masculino; mulheres com menos de dois anos de cirurgia bariátrica; pacientes pós-bariátricas que não realizaram procedimento cirúrgico no HC; pacientes obesas que não estivessem em tratamento clínico no HC; participantes com mais de 65 anos de idade, devido a possíveis alterações hormonais significativas; participantes sem disponibilidade para responder aos questionários no período proposto e com déficit cognitivo que impossibilitassem a compreensão dos questionários autoaplicáveis.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Com a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CEP/HC/UFPR), foi realizada a divulgação da pesquisa aos médicos e residentes do ambulatório de Obesidade e Síndrome Metabólica do SEMPR. Em paralelo, foram realizados contatos telefônicos para agendamento das pacientes que estivessem dentro dos critérios de inclusão do estudo e com agendamento prévio no ambulatório de Obesidade e Síndrome

Metabólica do SEMPR. No dia da consulta médica no SEMPR, era feito o convite para o estudo e, após a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs) do Grupo Cirúrgico (ANEXO1) e do Grupo Clínico (ANEXO 2), as participantes responderam ao protocolo de estudo, o qual consistia em entrevistas semiestruturadas e questionários autoaplicáveis referentes às suas condições de saúde física e emocional.

A proposta inicial do estudo foi de investigar os tipos psicológicos e suas associações com o comportamento alimentar de mulheres em acompanhamento ambulatorial pós-bariátrico. No entanto, ao considerar a riqueza metodológica de um estudo transversal e comparativo nas diferentes estratégias de tratamento, optou-se em verificar a tipologia e suas associações nos dois grupos de tratamento para obesidade. Para tal, foram realizadas novas emendas enviadas ao CEP, por meio da Plataforma Brasil, as quais foram aprovadas e encontram-se descritas em ANEXO 3.

A investigação clínica ocorreu de forma aleatória, concomitantemente aos atendimentos médicos e/ou nutricionais no ambulatório de Obesidade e Síndrome Metabólica, destinado a pacientes em tratamento clínico para obesidade (acompanhamento pós bariátrico e acompanhamento clínico para não bariátricos), semanalmente no Centro Médico do SEMPR/HC/UFPR, entre novembro de 2016 a junho de 2018, conforme descrito no Quadro 5.

QUADRO 5 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO ESTUDO

<i>Atividades</i>	<i>Período</i>	<i>Demanda</i>
Convite prévio	Uma semana antes da consulta médica no SEMPR-HC/UFPR	Ligação aos pacientes pré-agendados no sistema para a consulta da semana no ambulatório nº 205 - Obesidade no SEMPR- HC/UFPR.
Confirmação do convite no ambulatório	No início do ambulatório 07h30 às 08h.	Todas as pacientes que aguardavam consultas médica e/ou nutricional na sala de espera.
Entrevista Clínica.	1ª etapa	Individualmente, com o pesquisador principal e/ou auxiliar de pesquisa, em sala reservada.
Aplicação do MBTI.	2ª etapa	Individualmente, com o pesquisador principal e/ou auxiliar de pesquisa, em sala reservada ou sala de espera.
Aplicação do BES.	3ª etapa	Individualmente, com o pesquisador principal e/ou auxiliar de pesquisa, em sala reservada ou sala de espera.
Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS).	4ª etapa	Individualmente, com o pesquisador principal e/ou auxiliar de pesquisa, em sala reservada ou sala de espera.
Encaminhamentos ao ambulatório de Saúde Mental HC/UFPR.	5ª etapa	Somente quando avaliada demanda clínica;

FONTE: A Autora (2019).

De acordo com Tavares (2003), avaliar significa atribuir um significado — isto implica numa validade de informações e na atribuição de valores. Para este estudo foi aplicado a análise quantitativa dos grupos. Desta forma, partiu-se de uma análise geral da amostra (compreensão nomotética), buscando padrões de funcionamentos adaptativos (tipologia), características do comportamento alimentar, assim como outras características psicológicas dos grupos, sem perder de vista a dinâmica clínica e subjetiva das participantes (compreensão ideográfica).

A compreensão dos fenômenos coletivos e individuais se deu pela intercessão de conceitos da Psicologia Complexa de Carl Gustav Jung, particularmente das Teorias dos Tipos Psicológicos, dos Complexos e do Método Compreensivo que o autor atribui para o entendimento do funcionamento psíquico do indivíduo, assim como das contribuições teóricas de autoras Pós-junguianas, tais como Woodman (2002), Kimbles (2014) e Singer e Kimbles (2004). Para melhor autenticidade da linguagem junguiana foi acrescentado o número dos parágrafos descritos pelo autor em suas obras, utilizando o símbolo § nas citações diretas dos conceitos originais, além do número das páginas.

A pesquisa foi realizada de acordo com as normas contidas nas Resoluções 196/96 e 510Q16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e submetida às apreciações do Comitê de Ética da UFPR, aprovada com o parecer de número 59996016.9.0000.0096, do CAAE — Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, conforme ANEXO 3. Todas as voluntárias foram devidamente informadas sobre os objetivos e desenvolvimento do estudo, e assinaram os TCLEs antes de qualquer procedimento.

3.3 PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Para atender aos objetivos do estudo foi desenvolvido o Protocolo Psicométrico, com uso de entrevistas, questionários e inventários específicos para a população estudada, seguindo as orientações conforme resolução regulamentada, na época, pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) sob nº 007/2003.

O perfil psicológico e o tipológico da amostra foram obtidos por meio dos seguintes instrumentos:

3.3.1 Entrevista Clínica

As propriedades psicométricas dos instrumentos devem ser adequadas, respeitando sua fidedignidade e validade. As entrevistas clínicas dirigidas e semiestruturadas são instrumentos psicométricos utilizados para avaliar aspectos psicológicos, em população específica e tem como os seguintes objetivos clínicos: abordar a história de vida de participantes — anamnese clínica —; avaliar o estado de saúde mental — diagnóstico —; e analisar os critérios clínicos para inclusão no estudo — triagem (CUNHA, 2000).

Neste estudo, a entrevista foi elaborada pela pesquisadora visando investigar, de forma imparcial e objetiva, as principais características psicológicas e parâmetros clínicos das entrevistadas. As participantes foram atendidas individualmente e responderam ao Protocolo do Estudo, que analisou: Dados Sociodemográficos (idade; nível de escolaridade; estado civil); Dados Antropométricos (IMC; peso; altura); Características Psicológicas Gerais (autoestima; autopercepção; vida sexual; hábitos de vida/bebida e cigarro), Comportamento Alimentar (episódios de compulsão alimentar — por meio da Escala de Compulsão Alimentar Periódica-ECAP); Hábitos Alimentares (regular ou irregular com descontroles ou quantidades maiores do que a esperada); Perfil Alimentar (beliscador, com costume de comer várias vezes ao dia, mesmo em quantidade pequenas; compulsivo, considerando a grande quantidade calórica num curto período de tempo, comparado a outras pessoas e se acompanhado de culpa ou sentimentos depreciativos; comedor noturno, considerando comer grande quantidade de calorias no final da tarde e/ou madrugada); Mastigação (rápida; regular; lenta); Comportamentos Compensatórios (episódios de vômitos, se voluntário ou involuntário; uso de laxantes; comer escondido das pessoas devido ao constrangimento da quantidade ou da qualidade; comer em momentos de angústia ou sofrimento psicológico enquanto compensação ou substituição de coisas que não consegue fazer); Comportamentos de risco psíquico (ideação e tentativas de suicídio durante a vida e nos últimos três meses, por meio da Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia — C-SSRS — e tipos psicológicos — MBTI).

As entrevistas foram semiestruturadas e organizadas com opções de respostas objetivas, para fins de tabulação, conforme APÊNDICE 1.

Para a investigação do perfil e do comportamento alimentar foram considerados os critérios clínicos do DSM-V, especificamente dos Transtornos Alimentares, conforme ANEXO 4.

3.3.2 Myers-Briggs Type Indicator— MBTI

O MBTI é um inventário que tem como objetivo de avaliar a personalidade sustentada pela teoria dos tipos psicológicos do avaliando. Consiste em 93 perguntas ou itens com respostas dicotômicas. Os itens são divididos entre quatro escalas de preferências, destas 26 perguntas avaliam as funções Intuição ou Sensação, 24 avaliam Pensamento ou Sentimento, 22 avaliam as funções de orientação — Julgamento ou Percepção — e 21 perguntas avaliam as atitudes Introversão ou Extroversão (COUTO; BARTHOLOMEU; MONTIEL, 2016). O MBTI está como um dos testes psicológicos favoráveis pelos critérios do SATEPSI do Conselho Federal de Psicologia, com data de aprovação desde 31 de janeiro de 2013.

Diferentemente das oito combinações clássicas dos Tipos Psicológicos de Jung (2011), com o MBTI é possível 16 combinações ou tipos psicológicos sendo, como já foi apresentado anteriormente.

Couto, Bartholomeu e Montiel (2016) avaliaram o instrumento por meio um estudo da estrutura interna fatorial. Com a análise da consistência interna dos coeficientes do alfa de Cronbach, obteve índice satisfatório (alfa maior que 0,8), estando condizente com as exigências da comunidade científica e também superior ao mínimo (0,60) exigido pelo (CFP), confirmando a evidência de validade do instrumento no Brasil.

Para esse estudo, as folhas do instrumento *MBTI*, aplicado nas 120 pacientes em questão, foram concedidas e corrigidas, eletronicamente, por uma consultoria brasileira patenteada¹.

3.3.3 Escala de Compulsão Alimentar Periódica — ECAP

Para a investigação da presença e da intensidade de episódios de Compulsão Alimentar (CAP), foi utilizada a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP),

¹FELLIPELLI INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO, 2017.

também conhecida como *Binge Eating Scale* (BES). Consiste em um questionário autoaplicável, traduzido e adaptado para o português, com adequadas propriedades psicométricas para avaliar a gravidade da CAP em indivíduos obesos (FREITAS et al., 2001).

É constituída por uma lista de 16 itens compostos de três a quatro afirmativas, das quais deve ser selecionada aquela que melhor caracteriza a resposta do indivíduo. Cada afirmativa corresponde a uma pontuação de zero a três, abrangendo desde a ausência ("0") até a gravidade máxima ("3") da CAP. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item. Indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem critérios clínicos para CAP, com pontuação entre 18 e 26 são considerados com critérios moderados para CAP e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com critérios graves para CAP (FREITAS et al., 2001). Ainda como ponto de corte, é válido considerar o escore 17 para uma sensibilidade diagnóstica suficiente (84,8%) que deve ser confirmada com entrevista clínica (FREITAS et al., 2001).

Neste estudo os escores médios para compulsão alimentar são apresentados com a sigla CAP, conforme padrão da escala escolhida.

3.3.4 Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS).

A Escala C-SSRS desenvolvida por pesquisadores das Universidades Columbia, Pennsylvania e Pittsburgh, é utilizada no programa *Treatment of Adolescent Suicide Attempters* (TASA) e financiado pela *National Institute of Mental Health* (POSNER, et al., 2011). Tem como propósito avaliar a presença de ideação, comportamento e risco de suicídio. Adicionalmente, proporciona a análise isolada desses aspectos, além de possibilitar a diferenciação do comportamento suicida entre aqueles com pouca chance de acarretar lesões e comportamentos com probabilidade de acarretar morte, mesmo com a existência de assistência médica, fatos esses que podem contribuir positivamente, principalmente no manejo de pacientes oriundos de populações clínicas (SILVA; SOUGEY, 2016).

O instrumento pode ser aplicado em sujeitos a partir dos 15 anos de idade, na população em geral e/ou em populações clínicas, enquanto ferramenta de vigilância em ensaios clínicos. Está disponível em mais de 100 idiomas, entre eles no português,

com um tempo médio de aplicação de 20 a 40 minutos para 21 perguntas que avaliam separadamente a ideação, o comportamento, a tentativa e o risco de suicídio.

Pode ser utilizada por profissionais de saúde em geral e não necessariamente especialistas em saúde mental com treinamento prévio de acordo com as instruções dos autores idealizadores da escala (POSNER et al., 2011). A análise pode ocorrer quando houver pelo menos uma resposta positiva nas sessões de ideação e comportamento.

Neste estudo foram avaliados a presença de ideação suicida durante a vida, a ideação suicida recente (menos de um ano), assim como a presença de comportamento suicida ao longo da vida e a atual. O instrumento foi cedido gentilmente pelos autores, para fins de pesquisa.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos para esta análise foram conferidos pela pesquisadora responsável e registrados em um protocolo de dados eletrônico elaborado para a pesquisa em Excel (*Microsoft Office Excel 2007®*) e, em seguida, exportado para o tratamento estatístico, por meio do *software R* (R CORE TEAM, 2018).

As medidas para as variáveis quantitativas foram: média \pm desvio padrão (DP) ou mediana com o intervalo de confiança (CI). As variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e relativa (%).

De forma específica, para os dados numéricos idade, IMC, número de filhos e escores do BES, foram utilizados gráficos *boxplots* para ter indícios se tais variáveis diferiam entre os grupos. Na sequência, foi utilizado o teste t de Student para avaliar se a média dos fatores era diferente entre os grupos (BUSSAB; MORETTIN, 2010). Situações em que o pressuposto de normalidade para cada grupo não foi atendido, o teste de Mann Whitney foi empregado (SIEGEL, 1975). Ainda, o Teste Exato de Fisher foi aplicado para os dados categóricos na investigação da significância da associação entre os dois tipos de classificação.

Procedeu-se com o Teste de aderência (BUSSAB; MORETTIN, 2010), o qual segue distribuição qui-quadrada para avaliar os perfis tipológicos mais frequentes obtidos por meio do MBTI. O procedimento do teste consiste em estabelecer uma Hipótese Nula (H_0), que nesse caso, todos os perfis teriam igual distribuição esperada e, em seguida compará-la em relação à hipótese alternativa (os perfis têm diferentes

distribuição/frequência). Um valor $p < 0,05$ implicaria na rejeição de H_0 , ou seja, que os perfis apresentariam diferentes frequências na amostra.

Para avaliar o tamanho do efeito das diferentes variáveis significativas foram utilizados o coeficiente d de Cohen, Delta de Cliff e a *Odds Ratio* (OR). Para as variáveis ideação suicida recente, ideação suicida na vida e comportamento suicida na vida, ajustou-se o modelo de regressão logística separadamente, considerando-as como variáveis respostas e como covariáveis o IMC e MBTI (MENARD, 2002). Para identificar quais covariáveis estão associadas com cada variável resposta, procedeu-se com seleção de variáveis do tipo *backward* por meio do teste de razão de verossimilhanças mantendo-se o modelo apenas com variáveis significativas (CASELLA; BERGER, 2002). Para a variável compulsão alimentar foi ajustado o modelo de regressão considerando a distribuição Tweedie (DUNN; SMYTH, 2008). Em ambos os casos, primeiramente foi apresentado o modelo considerando efeito aditivo de IMC e MBTI, seguido do modelo considerando a seleção de variáveis.

A amostra foi calculada considerando um erro do tipo I de 5%, (magnitude de efeito de 5%) e os testes estatísticos aplicados, (com poder de teste mínimo estimado de 95%). Para todos foram utilizados testes bicaudais, considerando que as diferenças podem estar distribuídas para ambos os lados da curva, com nível de significância de 5%.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Aqui serão apresentadas a análise geral da amostra, assim com as análises e associações entre as variáveis nos Grupos Cirúrgico e Clínico. Para ela, foi adotada a compreensão nomotética dos fenômenos e dos dados observados nos perfis mais frequentes da amostra (ESFJ e ISFJ).

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Das 120 mulheres avaliadas, 47% das participantes eram casadas e 39% solteiras, com diferença estatística entre os grupos Cirúrgico e Clínico ($p < 0,0001$). O Grupo Cirúrgico apresentou maior número de mulheres divorciadas ($OR = 19,62; 3,93$ a $97,92; p = 0,0003$) em comparação ao Grupo Clínico. Não houve diferença entre o nível de escolaridade entre os dois grupos (APÊNDICE 2). O tempo de tratamento da amostra foi de $90,08 \pm 36,92$ meses no Grupo Cirúrgico e $88,74 \pm 36,80$ meses para o Grupo Clínico.

A estatura média foi de $1,60 \pm 0,07$ m, peso de $87,0 \pm 17,76$ kg e IMC de $33,96 \pm 6,48$ kg/m². A média de filhos foram dois em ambos os grupos e a idade média de $44,9 \pm 11,52$ anos, sem diferença entre os grupos.

As variáveis IMC, CAP e Idade apresentaram diferença estatística entre os grupos (TABELA 1). O Grupo Clínico, apresentou maior IMC ($36,7$ kg/m² vs $31,3$ kg/m²); $p < 0,0001$; d de Cohen = $-0,46$) e maior peso médio ($93,7 \pm 17,018$ vs $80,3 \pm 15,986$; $p < 0,001$), quando comparado ao Grupo Cirúrgico. A idade das participantes foi maior no Grupo Cirúrgico ($p = 0,0075$) e o número de filhos não foi diferente entre os grupos (TABELA 1). O tempo médio de cirurgia foi $90,08 \pm 36,92$.

TABELA 1 - DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS DAS CO-VARIÁVEIS IMC, CAP, IDADE E NÚMERO DE FILHOS ENTRE OS GRUPOS

VARIÁVEIS	GRUPO CIRÚRGICO		GRUPO CLÍNICO	
	Média(± DP)	Mediana	Média(± DP)	Mediana
IMC*	$31,3 \pm 5,6$	31.9(19,2-45,8)	$36,7 \pm 6,1^a$	35,4(25-54)
CAP*	$10,2 \pm 8,4$	9(0-32)	$18,7 \pm 10,5^a$	18.5(0-39)
Idade**	$48 \pm 9,5^a$	48.5(24-65)	$42,1 \pm 12,66$	43(18-65)
Filhos*	$1,7 \pm 1,2$	2(0-5)	$1,7 \pm 1,4$	2(0-6)

FONTE: A autora (2019).

NOTA: Valores são média ± desvio padrão (DP) ou mediana (mínimo - máximo).

LEGENDA: a = $p < 0,05$ em relação ao Grupo Cirúrgico; *Mann Whitney; **teste t de Student; CAP=Compulsão alimentar, IMC – Índice de massa corporal,

4.1.2 Características Psicológicas Gerais da Amostra

A autoestima alta foi mais observada no Grupo Cirúrgico (45%) do que no Grupo Clínico (10%), com diferença significativa entre os grupos ($p = 0,0001$). Quanto a percepção da imagem corporal, a maioria (60%) se vê grande, com maior frequência no Grupo Clínico (71,7% vs 48,3%; $p = 0,019$) comparado ao Grupo Cirúrgico. No quesito satisfação com a aparência física, percebe-se que a maioria das participantes se encontra insatisfeita com sua aparência (65,8%), com maior frequência no Grupo Clínico (78,3% vs 53,3%; $p = 0,0067$) se comparado ao Grupo Cirúrgico. A maioria apresentou dificuldades em realizar atividades de vida diária devido ao peso (60,8%) e disposição com a vida sexual insatisfatória (85%), sem diferença estatística entre os grupos (APÊNDICE 3).

Em relação ao início do desenvolvimento da obesidade, os Grupos apresentaram frequências diferentes. O Grupo Clínico apresentou maior desenvolvimento da obesidade na idade adulta e o Grupo Cirúrgico na infância e adolescência (63,3 vs 61,7%; $p=0,02$). Em ambos os grupos houve histórico de obesidade familiar (75%), sem diferença entre estes. Em relação aos hábitos de vida, a metade das participantes não realizava atividade física (55%). Das que praticavam atividade física, o Grupo Cirúrgico apresentou maior frequência (61,1% vs 38,9; $p = 0,04$). A maioria das participantes não era fumante (84,2%) e não fazia uso de bebidas alcoólicas (92%), sem diferenças entre os grupos (APÊNDICE 4).

4.1.3 Características Tipológicas Gerais da Amostra

Nesta amostra foram encontrados treze dos dezesseis possíveis tipos psicológicos. Conforme observado no Gráfico 1, os perfis mais frequentes foram o ISFJ e o ESFJ, sendo que nenhuma participante apresentou os perfis INTJ, INTP e ENTP. Não foi encontrada associação entre perfis psicológicos e os grupos. Além disso, a distribuição dos dois perfis mais frequentes na amostra (ISFJ e ESFJ) não foi diferente entre os grupos clínico e cirúrgico (TABELA 2), sendo: Grupo Cirúrgico — 32% apresentavam o perfil ISFJ e 18,3% o perfil ESFJ. No Grupo Clínico, 33% das participantes correspondiam ao perfil ISFJ e 25% ao perfil ESFJ.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS TIPOS PSICOLÓGICOS ENTRE OS GRUPOS CIRÚRGICO E CLÍNICO

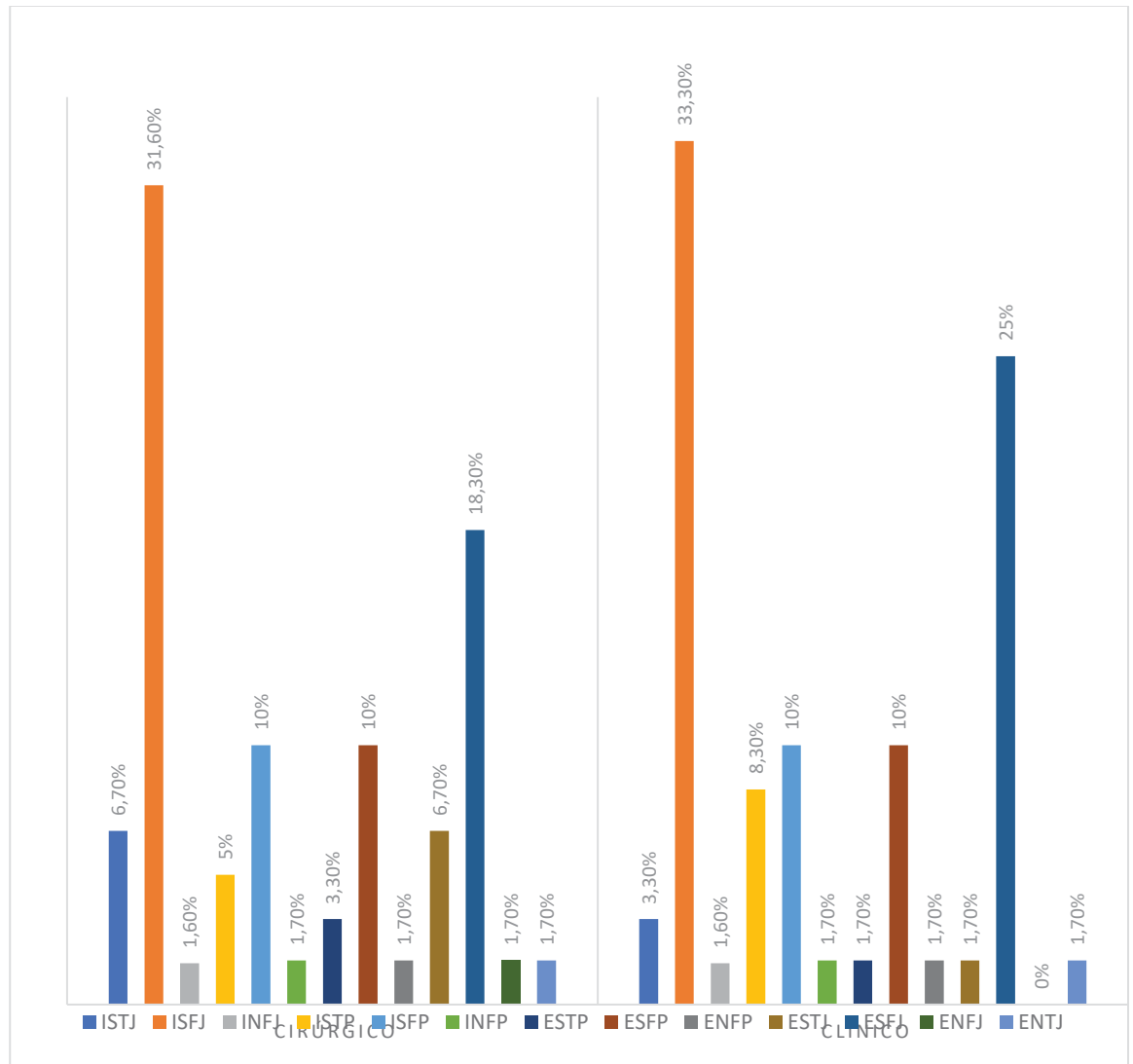
GRUPO	TIPOS PSICOLÓGICOS DE ACORDO COM MBTI											
	ISTJ	ISFJ	INFJ	ISTP	ISFP	INFP	ESTP	ESFP	ENFP	ESTJ	ESFJ	ENTJ
Cirúrgico	4 (6.7%)	19 (31.6%)	1 (1.6%)	3 (5%)	6 (10%)	1 (1.7%)	2 (3.3%)	6 (10%)	1 (1.7%)	4 (6.7%)	11 (18.3%)	1 (1.7%)
Clínico	2 (3.3%)	20 (33.3%)	1 (1.6%)	5 (8.3%)	6 (10%)	1 (1.7%)	1 (1.7%)	6 (10%)	1 (1.7%)	1 (1.7%)	15 (25%)	1 (1.7%)
Total	6 (5%)	39 (32.5%)	2 (1.7%)	8 (6.7%)	12 (10%)	2 (1.7%)	3 (2.5%)	12 (10%)	2 (1.6%)	5 (4.1%)	26 (21.7%)	2 (1.7%)

FONTE: A autora (2019).

NOTAS: Teste exato de Fischer; $p < 0,0001$ para ISFJ e ESFJ em relação aos demais perfis.

LEGENDA: MBTI – Meyers-Briggs Type Indicator; I – Introverted; E – Extroverted; S – Sensitive; N – Intuitive; F – Feeling; T – Thinking; J – Judgement; P – Perception.

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS 13 TIPOS PSICOLÓGICOS NA AMOSTRA



FONTE: A Autora (2019).

NOTA: Os tipos ISFJ(sensação introvertida apoiado pelo sentimento) e ESFJ (sentimento extrovertido apoiado pela sensação) foram os mais frequentes na amostra $p < 0,0001$;

LEGENDA: I – Introverted; E – Extroverted; S – Sensitive; N – Intuitive; F – Feeling; T – Thinking; J – Judgement; P – Perception.

Conforme distribuição no Quadro 7, as Funções Dominantes mais frequentes na amostra foram a Sensação Introvertida (37,5%), seguida do Sentimento Extrovertido (22,5%). Não houve diferença entre a distribuições das Funções Dominantes entre os Grupos de tratamento.

QUADRO 6 - DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS FUNÇÕES DOMINANTES NOS TIPOS PSICOLÓGICOS DA AMOSTRA

Sensação Introvertida	Sensação Extrovertida	Intuição Introvertida	Intuição Extrovertida	Pensamento Introvertido	Pensamento Extrovertido	Sentimento Introvertido	Sentimento Extrovertido
45 (37,5%)	15 (12,5%)	2 (1,7%)	2 (1,7%)	8 (6,7%)	7 (5,8%)	14 (12%)	27 (22,5%)
ISFJ	ESFP	INFJ	ENFP	ISTP	ENTJ	INFP	ENFJ
ISTJ	ESTP	INTJ	ENTP	INTP	ESTJ	ISFP	ESFJ

FONTE: A autora (2019).

LEGENDA: I – Introverted; E – Extroverted; S – Sensitive; N – Intuitive; F – Feeling; T – Thinking; J – Judgement; P – Perception.

Em relação às frequências dos Tipos Sensitivos vs Intuitivos na amostra, observa-se predominância dos Tipos Sensitivos, sendo respectivamente mais frequentes o Sensitivo Introvertido (54,2%) e o Sensitivo Extrovertido (38,3%) (Quadro 7). Não houve diferença entre os Tipos Sensitivos vs Intuitivos e os Grupos de tratamento.

QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA ENTRE OS TIPOS SENSITIVOS E OS TIPOS INTUITIVOS NOS TIPOS PSICOLÓGICOS NA AMOSTRA

Tipos Sensitivos Introvertidos	Tipos Sensitivos Extrovertidos	Tipos Intuitivos Introvertidos	Tipos Intuitivos Extrovertidos
65 (54,2%)	46 (38,3%)	04 (3,3%)	05 (4,2%)
ISFP	ESFJ	INFP	ENFJ
ISTJ	ESFP	INFJ	ENFP
ISTP	ESTJ	INTJ	ENTJ
ISFJ	ESTP	INTP	ENTP

FONTE: A autora (2019).

LEGENDA: I – Introverted; E – Extroverted; S – Sensitive; N – Intuitive; F – Feeling; T – Thinking; J – Judgement; P – Perception.

Observa-se, no Quadro 8, que 69 das participantes eram introvertidas (57,5%) e 51 extrovertidas (42,5%). Não houve diferença entre as Atitudes Introvertidas vs Extrovertidas e os grupos de tratamento.

QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO ENTRE AS ATITUDES “INTROVERSÃO” E “EXTROVERSÃO” NOS TIPOS PSICOLÓGICOS NA AMOSTRA

TIPOS INTROVERTIDOS 69 (57,5%)		TIPOS EXTROVERTIDOS 51 (42,5%)	
INFJ	ISFJ	ENFJ	ESFJ
INFP	ISFP	ENFP	ESFP
INTJ	ISTJ	ENTJ	ESTJ
INTP	ISTP	ENTP	ESTP

FONTE: A Autora (2019).

LEGENDA: I – Introverted; E – Extroverted; S – Sensitive; N – Intuitive; F – Feeling; T – Thinking; J – Judgement; P – Perception.

4.1.3.1 Características relacionadas aos Tipos ISFJ e ESFJ

Em seguida, foram analisadas as características relacionadas apenas aos perfis ISFJ e ESFJ, que foram os grupos predominantes na amostra. No Grupo Cirúrgico, as participantes ISFJ apresentaram maiores valores de CAP quando comparado com as participantes ESFJ com magnitude da diferença grande (12,89vs6,45; d de Cohen = -0,61; p = 0,04).

Em relação ao IMC, ambos os perfis estiveram classificados com obesidade grau I, sem diferença significativa entre eles. As mulheres com perfil ISFJ eram mais velhas e com menor tempo de cirurgia (TABELA 3).

TABELA 3 - DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS EM RELAÇÃO AOS TIPOS ISFJ E ESFJ NO GRUPO CIRÚRGICO

VARIÁVEIS	ISFJ (N=19)		ESFJ (N=11)	
	Média	Mediana	Média	Mediana
CAP*	12,9±9,3	11(0-32)	6,4±7,6 ^a	4(0-25)
IMC**	32,8±5,41	33(20,4-45,7)	30,5±5,5	30.4(21,2-39,5)
Tempo CX (meses)**	88,8±36,8	96(36-156)	92.4±38,7	96(24,4-144)
Idade**	50,2±7,67	50(35-63)	48,7±11,2	49(31-65)
Nº filhos**	2±1,29	2(0-5)	1,9±1,1	2(0-4)

FONTE: A Autora (2019).

NOTAS: ^a p < 0,05; *Mann Whitney; **teste t de Student; Valores são média ± desvio padrão (DP) ou mediana (mínimo - máximo);

LEGENDA: CX- cirurgia; CAP – Compulsão alimentar; IMC – Índice de massa corporal

No Grupo Clínico, nenhum fator avaliado esteve relacionado, significativamente, com os perfis ISFJ e ESFJ. No entanto, as participantes com perfil ISFJ apresentaram maiores escores de CAP (18,6 vs 15,9; p = 0,48) e eram mais jovens que as mulheres com perfil ISFJ. Da mesma forma, o perfil ISFJ apresentou maior IMC (38.1±6,7kg/m²vs 34,9±4,2 kg/m²; p = 0,09) comparado ao perfil ESFJ (TABELA 4).

TABELA 4 - DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS EM RELAÇÃO AOS TIPOS ISFJ E ESFJ NO GRUPO CLÍNICO

Variáveis	ISFJ (N=20)		ESFJ (N=15)	
	Média	Mediana	Média	Mediana
CAP*	18,6±11,9	22(0-39)	15,9±10,1	14(5-37)
IMC*	38,1±6,7	38(24,6-54)	34,9±4,2	35(29,8-44,8)
IDADE*	40,8±14,2	42(19-64)	43,1±11,7	45(19-57)
Nº FILHOS**	1,5±1,4	1,5(0-5)	1,9±1,1	2(0-4)

FONTE: A Autora (2019).

NOTAS: p = n.s.; *teste t de Student; **Mann Whitney; Valores são média ± desvio padrão (DP) ou mediana (mínimo - máximo).

LEGENDA: CAP – Compulsão alimentar; IMC – Índice de massa corporal.

No Grupo Cirúrgico as mulheres com perfil ISFJ apresentaram maior frequência de hábitos alimentares irregulares ($p < 0,002$), diminuição da qualidade sexual pós-cirurgia ($p = 0,04$) e mais comportamento suicida ao longo da vida ($p = 0,02$) quando comparado às mulheres com perfil ESFJ (APÊNDICE 5).

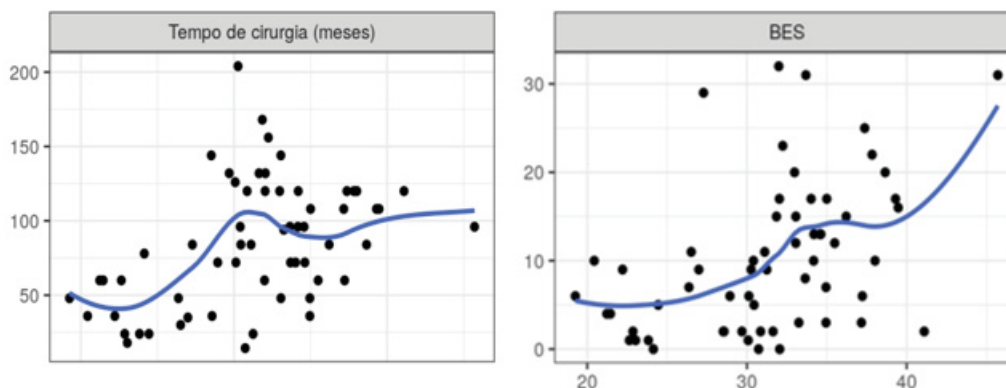
No Grupo Clínico a maioria das mulheres ISFJ é solteira ($p < 0,009$), apresentou maior desenvolvimento da obesidade na infância ($p = 0,0086$) e mais comportamento suicida ao longo da vida ($p = 0,02$), comparado às mulheres ESFJ (APÊNDICE 6).

4.1.4 Características relacionadas ao IMC

A análise realizada a partir dos parâmetros para o IMC demonstra que no Grupo Cirúrgico, o maior IMC esteve correlacionado com maior tempo de cirurgia ($r = 0,44$; $p < 0,01$) e maiores valores de CAP ($r=0,45$; $p < 0,01$), com magnitude média/baixa (FIGURA 2).

É possível observar todos os resultados do IMC no Apêndice 8.

FIGURA 2 - RELAÇÃO ENTRE IMC, TEMPO DE CIRURGIA E CAP, NO GRUPO CIRÚRGICO



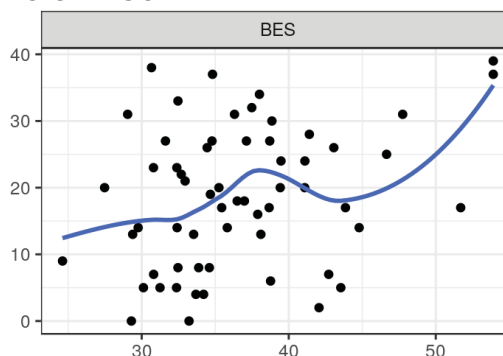
FONTE: A Autora (2019).

NOTAS: O GRÁFICO A indica que quanto maior o tempo de cirurgia, maior o valor do IMC; O GRÁFICO B mostra que quanto maiores os valores para compulsão alimentar, maior o IMC;

LEGENDA: onde se lê BES=CAP; CAP – Compulsão alimentar.

No Grupo Clínico, apenas os maiores valores de CAP estão correlacionados com maiores valores de IMC, com magnitude baixa ($r = 0,30$; $p = 0,01$) (FIGURA 3).

FIGURA 3 - CORRELAÇÃO ENTRE EPISÓDIOS DE COMPULSAO ALIMENTAR (CAP) E IMC NO GRUPO CLÍNICO



FONTE: A Autora (2019).

NOTA: A FIGURA 3 indica que quanto maiores os valores para compulsão alimentar, maior o IMC;

LEGENDA: onde se lê BES=CAP; CAP – Compulsão alimentar.

Outras variáveis que estiveram significativamente associadas no Grupo Cirúrgico com maior IMC foram (TABELA 5): Início da obesidade na infância ($p = 0,009$); ideação suicida recente ($p = 0,02$); percepção de estar grande ($p < 0,0001$); insatisfação com a aparência física ($p = 0,0001$; e.s, d de Cohen = 1,104); baixa autoestima ($p = 0,03$), hábitos alimentares irregulares ($p = 0,04$); aumento de ingestão por fatores emocionais ($p = 0,02$); perfil alimentar comedor noturno ($p = 0,03$); hábitos alimentares irregulares (0,04) e aumento do apetite quando há alteração de humor ($p = 0,04$).

TABELA 5 - MEDIDAS DESCRITIVAS E VALOR – P DA VARIÁVEL IMC SEGUNDO AS COVARIÁVEIS PARA DIFERENÇA DE MÉDIAS DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DO GRUPO CIRÚRGICO

Variáveis	Categorias	1ª Categoria		2ª Categoria	
		Média	Mediana	Média	Mediana
Aparência física	1ªNão Satisfatória/ 2ªSatisfatória	33.8±5,16 ^a	34.1 (21,23-45,71)	28.34±4,68	29.88 (19,26-36,21)
Ideação suicida nos últimos meses	1ªNão/2ªSim	30.61±5,72	31.18 (19,26-45,71)	34.47±3,86 ^a	33.33 (28,93-41,1)
Ingestão	1ªOutros/ 2ªEmocionais	29.08±5,41	30.12 (19,26-39,47)	32.42±5,44 ^a	33.06 (20,44-45,71)
Hábitos alimentares	1ªIrregular/ 2ªRegular	32.59±5,76 ^a	33.15 (19,26-45,71)	29.72±5,13	30.28 (21,23-39,47)
Gestação pós cirurgia	1ªNão/2ªSim	30.91±5,33	31.44 (19,26-45,71)	33.47±7,22	37.27 (21,23-39,3)
Tabagismo	1ªNão/2ªSim	31.63±5,94	32.61 (19,26-45,71)	29.73±3,94	31.55 (21,45-33,69)
Ideação na vida	1ªNão/2ªSim	30.3±5,49	31.44 (20,44-39,47)	32.21±5,67	32.51 (19,26-45,71)
Qualidade sexual	1ª ↓ Pós Cirurgia/ 2ª ↑ Pós Cirurgia	31.97±4,95	32.03 (20,44-45,71)	29.93±6,6	31.63 (19,26-41,1)
MBTI	1ªESFJ/2ªISFJ	30.46±5,59	30.44 (21,23-39,47)	32.84±5,41	32.98 (20,44-45,71)
Comportamento suicida na vida	1ªNão/2ªSim	30.72±5,94	31.44 (19,26-41,1)	32.05±5,11	32.51 (23,83-45,71)
Hábito de beber	1ªNão/2ªSim	31±5,57	31.74 (19,26-45,71)	32.88±6,01	33.85 (22,64-41,1)
Dificuldade fazer algo pelo peso	1ªNão/2ªSim	31.94±3,66	32.61 (23,83-38,66)	30.91±6,39	31.55 (19,26-45,71)
Pratica atividade física	1ªNão/2ªSim	31.87±6,46	33.06 (19,26-45,71)	30.75±4,86	30.85 (20,44-39,47)
Intolerância a alimentos	1ªNão/2ªSim	31.85±5,35	34.02 (20,44-39,3)	31.12±5,72	31.25 (19,26-45,71)
Obesidade familiar	1ªNão/2ªSim	30.82±4,65	30.41 (23,03-37,17)	31.37±5,9	31.99 (19,26-45,71)
Atividade física	1ªIrregular/2ªRegular	31.46±6,36	32.05 (19,26-45,71)	31.03±4,8	30.85 (22,21-39,47)
Comer escondido	1ªNão/2ªSim	31.24±5,75	32.71 (22,64-41,1)	31.26±5,64	31.92 (19,26-45,71)

FONTE: A Autora (2019).

NOTA: ^a p < 0,05. Mais informações estão disponíveis no apêndice 7.

LEGENDA: MBTI – Myers-Brigs Type Indicator; I – Introverted; E – Extroverted; S – Sensitive; N – Intuitive; F – Feeling; T – Thinking; J – Judgment; P – Perception.

No Grupo Clínico, outras variáveis que estiveram significativamente associadas com o aumento do IMC foram (TABELA 6): hábito de mastigar rapidamente ($p = 0,01$); prática de atividade física irregular ($p = 0,01$) e dificuldades em realizar atividades devido ao peso ($p = 0,02$).

TABELA 6 - MEDIDAS DESCRITIVAS E VALOR – P DA VARIÁVEL IMC SEGUNDO AS COVARIÁVEIS PARA DIFERENÇA DE MÉDIAS DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DO GRUPO CLÍNICO

Variáveis	Categorias	1ª Categoria		2ª Categoria	
		Média	Mediana	Média	Mediana
Mastigação	Lento Rápido ^a	33.7 ^a ±3.84	32.47 (29,3-43,5)	37.5 ^a ±6.47 ^a	36.98 (24,61-53,91)
Atividade física	Irregular ^a Regular	38.05 ^a ±5.82 ^a	37.23 (30,12-53,91)	34.62 ^a ±6.23	33.78 (24,61-53,91)
Dificuldades fazer algo pelo peso	Não/sim ^a	34.54 ^a ±4.62	34.45 (24,61-43,54)	38.43 ^a ±6.78 ^a	36.98 (27,48-53,91)
Obesidade familiar	Não/sim	34.9 ^a ±5.73	33.68 (29,38-53,91)	37.38 ^a ±6.27	36.98 (24,61-53,91)
MBTI	ESFJ ISFJ	34.94 ^a ±4.15	34.6 (29,76-44,79)	38.13 ^a ±6.72	37.92 (24,61-53,91)
Pratica atividade física	Não/sim	37.07 ^a ±6.33	36.31 (24,61-53,91)	35.95±5.97	34.21 (29,3-53,91)
Tabagismo	Não/sim	36.98±6.1	35.82 (27,48-53,91)	34.39±6.77	33.68 (24,61-43,86)
Ingestao	Outros Emocional	35.37±5.29	35.44 (29,3-43,54)	36.91±6.34	35.25 (24,61-53,91)
Sentimentos em relação a aparência física	Não satisfatório/ Satisfatório	37.08±6.34	35.25 (27,48-53,91)	35.25±5.52	35.44 (24,61-44,79)
Hábito de beber	Não/sim	36.76±6.26	35.35 (24,61-53,91)	34.43±2.92	34.43 (32,37-36,49)
Comer escondido	Não/sim	35.88±5.17	34.45 (24,61-43,54)	36.9±6.46	35.44 (27,48-53,91)
Habitos alimentares	Irregular/ Regular	36.86±5.96	35.44 (29,04-53,91)	36.42±6.58	34.82 (24,61-51,7)

FONTE: A Autora (2019).

NOTA: a = p < 0,05.

LEGENDA: MBTI – Myers-Brigs Type Indicator; I – Introverted; E – Extroverted; S – Sensitive; N – Intuitive; F – Feeling; T – Thinking; J – Judgement; P – Perception.

As participantes introvertidas tiveram maior IMC na amostra, quando comparadas com pacientes extrovertidas (35,13 ± 6,85 vs 32,39 ± 5,62; p=0,02).

4.1.5 Características relacionadas ao Comportamento e Hábitos Alimentares

O Perfil Alimentar mais frequente na amostra foi de compulsão alimentar (48,3%), com maior prevalência no Grupo Clínico (56,7% vs 40%; p = 0,0005). O perfil beliscador apresentou maior prevalência no Grupo Cirúrgico (58,3% vs 28,3%; p = 0,02).

O Grupo Cirúrgico apresentou maior risco de apresentar um perfil Beliscador do que Comedor Noturno (OR = 18,53; CI = 2,17-158,4; p = 0,007) ou de ter Compulsão Alimentar (OR = 2,92; CI = 1,34-6,36; p = 0,007), quando comparado ao Grupo Clínico.

Para o fator que propicia maior ingestão calórica, o mais prevalente na amostra foi o emocional (75%), com sua maioria no Grupo Clínico (85% vs 65%; $p=0,002$). O risco de uma paciente do Grupo Clínico vir a ter o fator emocional e não outro fatoré de 7,85 vezes a de uma paciente do Grupo Cirúrgico ($OR = 2,92$; $CI = 0,91-67,88$; $p=0,06$).

O Grupo Clínico apresentou menos episódios de vômito em relação ao Grupo Cirúrgico, com diferença estatística entre os grupos ($p < 0,0001$). Estima-se que o risco de uma paciente do Grupo Cirúrgico vir a ter episódios de vômito induzido e não ter vômitos, é de 11,54 vezes a de uma paciente do Grupo Clínico ($OR = 11,54$; $CI = 2,4-55,47$; $p=0,002$).

O Grupo Cirúrgico apresentou maior prevalência de hábitos de mastigação regular do que o Grupo Clínico (55% vs 21,7; $p < 0,0002$).

Em ambos os grupos não houve diferença em relação ao aumento do apetite frente a alteração de humor (51,66% vs 43,33%; $p = 0,02$).

De forma geral, observa-se que o comportamento alimentar foi irregular na maioria das participantes (55,8%) sem diferença entre os grupos (TABELA 7).

TABELA 7 - COMPORTAMENTO ALIMENTAR E HÁBITOS ALIMENTARES ENTRE OS GRUPOS CIRÚRGICO X CLÍNICO

Variáveis	Grupo Cirúrgico Participantes (%)	Grupo Clínico Participantes (%)	Total Participantes (%)
COMPORTAMENTO ALIMENTAR			
Regular	28 (46,6)	25 (41,6)	53 (44,1)
Irregular	32 (53,3)	35 (58,3)	67 (55,8)
PERFIL ALIMENTAR			
Comedor Noturno	1 (1,6)	9 (15)	10 (8,3)
Beliscador	35 (58,3) ^a	17 (28,3)	52 (43,3)
Compulsão Alimentar	24 (40)	34 (56,6) ^a	58 (48,3)
COMER ESCONDIDO			
Sim	46 (76,6)	47 (78,3)	93 (77,5)
Não	14 (23,3)	13 (21,6)	27 (22,5)
FATORES QUE PROPICIAM A INGESTÃO CALÓRICA			
Fatores Emocionais	39 (65)	51 (85) ^a	90 (75)
Outros	24(35)	9 (15)	22 (18,3)
EPISÓDIOS DE VÔMITO			
Induzido	12 (20) ^a	2 (3,3)	14 (11,6)
Involuntário	22 (36,6) ^a	8 (13,3)	30 (25)
Não Tem	26 (43,3)	50 (83,3) ^a	76 (66,3)
MASTIGAÇÃO			
Irregular	27 (45)	47 (78,3)	74 (61,6)
Regular	33 (55) ^a	13 (21,6)	46 (38,3)
RELAÇÃO APETITE VS HUMOR			
Aumenta para mais	26 (43,3)	31 (51,6)	57 (47,5)
Aumenta para menos	17 (28,3)	10 (16,6)	27 (22,5)
Não altera	17 (28,3)	19 (31,6)	36 (30)

FONTE: A Autora (2019).

NOTA: a = $p < 0,05$.

Quando considerado o grupo total, a maioria das participantes não apresentou critérios clínicos para CAP. Em relação aos episódios de CAP nos grupos, observa-se maior frequência de CAP grave no Grupo Clínico (26,7% vs 6,7%; $p < 0,0001$), quando comparado ao Grupo Cirúrgico, com magnitude das diferenças de efeito médio (Delta d Cliff = -0,47). Os valores para CAP no Grupo Clínico foram de $18,67 \pm 10,51$, o que equivale a critérios leves para CAP e no Grupo Cirúrgico, $10,23 \pm 8,47$, equivalente a sem critérios clínicos para CAP (TABELA 8).

TABELA 8 - FREQUÊNCIA DE CRITÉRIOS PARA COMPULSÃO ALIMENTAR (CAP) EM RELAÇÃO AOS GRUPOS CIRÚRGICO E CLÍNICO

Variáveis	Grupo Cirúrgico Participantes (%)	Grupo Clínico Participantes (%)	Total Participantes (%)
Sem CAP	51 (85%)	28 (46.7%) ^a	79 (65,8%)
CAP Moderado	5 (8,3%)	16 (26.7%) ^a	21 (17,5%)
CAP Grave	4 (6,7%)	16 (26.7%) ^a	20 (16,7%)

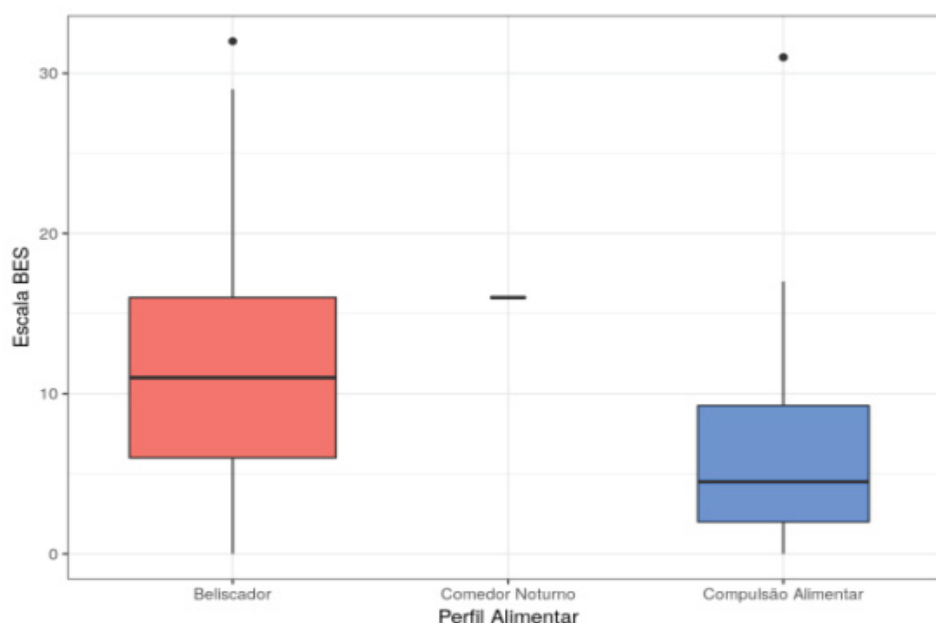
FONTE: A Autora (2019).

NOTA: $a < 0,0001$.

LEGENDA: CAP – Compulsão alimentar.

As participantes do Grupo Cirúrgico com perfil beliscador demonstraram ter maiores valores para CAP ($p = 0,03$), enquanto o Grupo Clínico não demonstrou relação significativa entre CAP e perfil alimentar (FIGURA 4).

FIGURA 4 - CORRELAÇÃO ENTRE CAP E PERFIL PSICOLÓGICO NO GRUPO CIRÚRGICO



FONTE: A Autora (2019).

LEGENDA: Onde se lê BES = CAP – Compulsão alimentar.

Ao se considerar as atitudes do MBTI, observa-se diferença significativa entre CAP ($16,13 \pm 10,7$ vs $12,18 \pm 9,53$; $p = 0,04$) e tipos introvertidos quando comparados aos extrovertidos.

Conforme Tabela 9, houve maior prevalência de CAP grave (23,2%) nas participantes com a atitude introvertida da amostra. Estima-se que o risco de uma participante com CAP grave vir a ser introvertida é de 3,7 vezes a chance de uma participante sem CAP.

TABELA 9 - FREQUÊNCIA DE CAP NAS ATITUDES INTROVERSÃO E EXTROVERSAO DAS PARTICIPANTES

	INTROVERSÃO Participantes (%)	EXTROVERSÃO Participantes (%)	TOTAL Participantes (%)
Sem CAP	41 (59,)	38 (74,)	79 (65,8)
CAP Moderado	12 (17,4)	9 (17,6)	21 (17,5)
CAP Grave	16 (23,2)	4 (7,8)	20 (16,7)
Total de participantes (%)	51(100)	69(100)	120 (100)

FONTE: A Autora (2019).

NOTA: p = n.s.

LEGENDA: CAP – Compulsão alimentar.

Na amostra, ao se fazer uma análise regressiva para verificar associação entre os perfis ISFJ e ESFJ e compulsão alimentar, observou-se que o perfil ISFJ não esteve associado significativamente ao CAP. Por outro lado, o IMC esteve associado significativamente, com chance de 5,9% maior de CAP para cada unidade a mais de IMC (TABELA 10).

TABELA 10 - MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A VARIÁVEL COMPULSÃO ALIMENTAR (CAP)

Variáveis	Estimativa	Erro Padrão	Razão de chances (OD)	IC para OD(95%)	p
Intercept	0,52	0,52	1,69	0,60-4,7	0,3
ISFJvsESFJ	0,12	0,19	1,12	0,8-1,6	0,5
IMC	0,057	0,015	1,06	1,03; 1,09	<,001

FONTE: A Autora (2019).

NOTAS: Estimativa, Erro padrão e p calculados a partir do preditor linear; OR e IC (95%) calculados a partir do preditor linear e estão na escala da *OddsRatio* (Razão de Chances); Valor pseudo $r^2 = 19,2\%$.

LEGENDA: IMC – Índice de massa corporal; I – Introverted; E – Extroverted; S – Sensitive; N – Intuitive; F – Feeling; T – Thinking; J – Judgement; P – Perception.

4.1.9 Ideação Suicida e Comportamento Suicida

A maioria das participantes (59,2%) apresentou ideação suicida ao longo da vida. Entretanto, o comportamento suicida ao longo da vida foi observado em 37,5% da amostra, sem casos de comportamento suicida no último ano. Não houve diferença destas variáveis entre os grupos (TABELA 11).

TABELA 11 - FREQUÊNCIA DE IDEIAÇÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA NA AMOSTRA

	GRUPO CIRÚRGICO Participantes (%)	GRUPO CLÍNICO (60) 100%	TOTAL (120) 100%
Ideação Suicida ao longo da Vida			
Sim	30 (50)	41 (68,3)	71 (59,2)
Não	30 (50)	19 (31,7)	49 (40,8)
Ideação Suicida recente			
Sim	10 (16,7)	17 (28,3)	27 (22,5)
Não	50 (83,3)	43 (71,7)	93 (77,5)
Comportamento Suicida ao longo da Vida			
Sim	24 (40)	21 (35)	45 (37,5)
Não	36 (60)	39 (65)	75 (62,5)

FONTE: A Autora (2019).

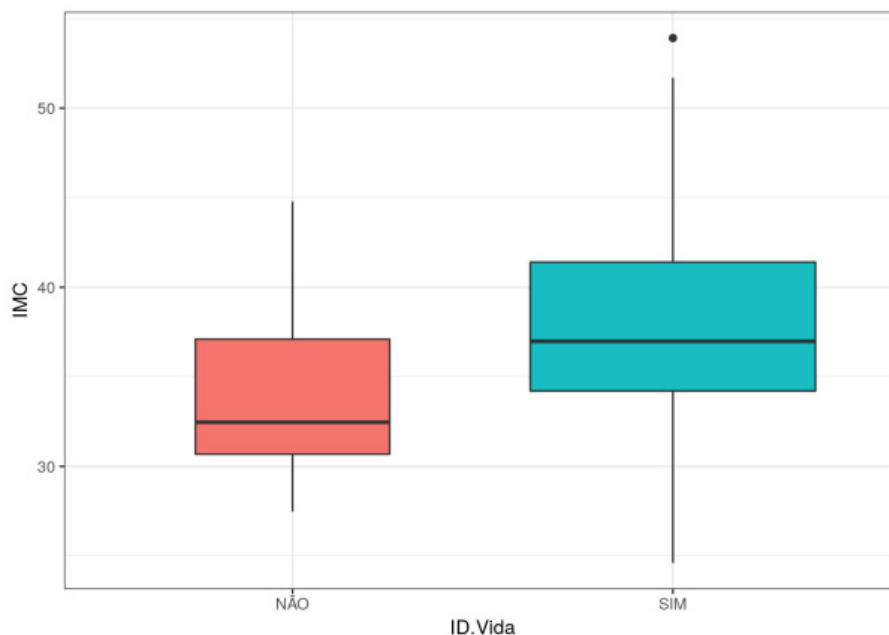
NOTA: p = n.s.

Em ambos os Grupos houve relação entre maior IMC e Ideação Suicida. As participantes do Grupo Cirúrgico que tiveram ideação suicida recente apresentaram maior IMC (34,47 vs 30,61; $p = 0,01$) se comparado às participantes que não tiveram ideação suicida recente, com magnitude de efeito médio (d de Cohen = -0,705; $p = 0,01$). No entanto, não houve relação significativa entre CAP, ideação suicida ao longo da vida, ideação suicida recente ou comportamento suicida ao longo da vida neste grupo de tratamento.

As participantes do Grupo Clínico com ideação suicida ao longo da vida apresentaram maior IMC ($37,96 \pm 6,41 \text{ kg/m}^2$ vs $33,92 \pm 4,68 \text{ kg/m}^2$; $p = 0,01$) se comparado com aquelas que não tiveram ideação suicida ao longo da vida, com magnitude de diferença média (Delta de Cliff = -0,415; -0,66 a -0,08; $p = 0,01$) (FIGURA 5).

Da mesma forma, as participantes que tiveram comportamento suicida ao longo da vida tiveram maiores valores para CAP (23,86 vs 15,87; $p < 0,001$) se comparado as pacientes que não tiveram comportamento suicida ao longo da vida, com magnitude de diferença alta (d de Cohen = -0,809; -1,37 a -0,25; $p = 0,006$), no Grupo Clínico.

FIGURA 5 - ILUSTRAÇÃO ENTRE A RELAÇÃO DA VARIÁVEL IDEIAÇÃO SUICIDA NA VIDA COM IMC NO CLÍNICO



FONTE: A Autora (2019).

LEGENDA: Onde se lê ID.Vida considerar Ideação Suicida ao longo da vida.

Em relação às atitudes do MBTI na amostra, a ideação suicida ao longo da vida esteve relacionada significativamente com os tipos introvertidos ($p=0,007$) se comparado aos tipos extrovertidos. A ideação suicida recente também esteve relacionada aos tipos introvertidos ($p=0,016$).

Em relação aos perfis ISFJ e ESFJ, o perfil ISFJ apresentou maior comportamento suicida ao longo da vida em ambos os Grupos: Cirúrgico ($p=0,02$) e Clínico ($p=0,02$). Para as categorias ideação suicida ao longo da vida e ideação suicida recente não houve diferença significativa entre os perfis.

Ao se verificar a associação entre os perfis ISFJ e ESFJ e ideação suicida ao longo da vida, observou-se que o perfil ISFJ esteve associado ao risco de ideação suicida ao longo da vida em 3,6 vezes a de uma paciente com perfil ESFJ. O IMC não esteve associado à ideação suicida ao longo da vida ($p=0,07$) (TABELA 12).

TABELA 12 - MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A VARIÁVEL IDEIAÇÃO SUICIDA AO LONGO DA VIDA

Variáveis	Estimativa	Erro Padrão	Razão de chances (OD)	IC para OD(95%)	Valor-p
Intercept	-0.47	0.4031	0.625	0.3-1.4	0,244
ISFJ vs ESFJ	1.2809	0.5319	3.6	1.3-10.2	0.016

FONTE: A Autora (2019).

NOTAS: Estimativa, Erro padrão e valor-p calculados a partir do preditor linear; OR e IC(95%) calculados a partir do preditor linear e estão na escala da OddsRatio (Razão de Chances); Valor pseudo $r^2 = 6.82838\%$.

LEGENDA: I – Introverted; E – Extroverted; S – Sensitive; N – Intuitive; F – Feeling; T – Thinking; J – Judgement; P – Perception.

Observou-se que o perfil ISFJ esteve associado ao risco de comportamento suicida ao longo da vida em 9,74 vezes a de uma paciente com perfil ESFJ. O IMC não esteve associado ao comportamento suicida ao longo da vida ($p = 0,89$) (TABELA 13).

TABELA 13 - MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A VARIÁVEL COMPORTAMENTO SUICIDA AO LONGO DA VIDA

Variáveis	Estimativa	Erro Padrão	Razão de chances (OD)	IC para OD(95%)	Valor-p
Intercept	-2.2574	1.7363	0.1046	0.003; 3.1	0.194
ISFJvsESFJ	2.2762	0.7061	9.7394	2.44; 38.9	0.001
IMC	0.0067	0.0489	1.0067	0.91; 1.1	0.892

FONTE: A Autora (2019).

NOTAS: Estimativa, Erro padrão e valor-p calculados a partir do preditor linear; OR e IC(95%) calculados a partir do preditor linear e estão na escala da OddsRatio (Razão de Chances); Valor pseudo $r^2 = 16.87379\%$.

LEGENDA: IMC – Índice de massa corporal; I – Introverted; E – Extroverted; S – Sensitive; N – Intuitive; F – Feeling; T – Thinking; J – Judgement; P – Perception.

4.2 ARTIGOS SUBMETIDOS E APRESENTAÇÕES DE TRABALHOS

1. O uso do instrumento MBTI na compreensão tipológica em mulheres pós-bariátrica. Palestra no I Congresso de Psicologia Analítica do Paraná – da pesquisa à prática, FAE, Curitiba-PR, outubro de 2017;
2. O uso do instrumento MBTI para o perfil tipológicos de mulheres pós-bariátricas em Hospital Geral. Apresentação de trabalho oral no VII CIPSI - Congresso Internacional Psicologia na UEM, Maringá-PR, junho de 2018;
3. Personalidade e comportamento alimentar em mulheres obesas - um estudo transversal e analítico. Apresentação de Trabalho no XX Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica da SBCBM, Curitiba/PR, maio de 2019;
4. O Complexo Cultural e o Complexo do Comer: um estudo com mulheres obesas. Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies. Manuscrito aceito para publicação em 08 de novembro de 2019 (APÊNDICE 9).
5. Personality Type, Eating Behavior and Suicide Risk in Women in Treatment of Obesity. Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. Manuscrito aceito para publicação em 15 de março de 2020 (APÊNDICE 10).

5 DISCUSSÃO

[...] um chocolate não é apenas um chocolate, parece que sinto a alma se alegrando, uma paz; o problema é o que sinto depois, vem culpa, vem nojo, mas me sinto por segundos em paz comigo mesma.(sic).

(Participante ISFJ, 56 anos).

Os resultados desta pesquisa indicam perfis de personalidade mais frequentes na amostra, assim como características psicológicas que evidenciam um padrão de funcionamento psicológico tanto no Grupo Cirúrgico como no Grupo Clínico. Dos 16 tipos encontrados no MBTI, observou-se 13 tipos psicológicos. Os perfis de personalidade mais comuns nos dois grupos de tratamento foram o ISFJ (sensação introvertida apoiada pelo sentimento) e o ESFJ (sentimento extrovertido apoiado pela sensação) ($p < 0,0001$ em relação aos demais perfis). Desta forma, observa-se que não há diferença estatística entre os perfis psicológicos das participantes do estudo.

Zitkus e colaboradores (2011) avaliaram a personalidade de 721 enfermeiras em programa para perda de peso e observou a predominância de 4 tipos psicológicos (ISTJ; ISFJ; ENFP; ESFJ), sendo estes tipos também encontrados em nossa amostra, inclusive os dois mais frequentes em nosso estudo (ISFJ e ESFJ); no entanto, diferente dos nossos resultados, no estudo americano o tipo mais frequente em enfermeiras com sobrepeso foi o INTP, assim como o tipo ISTP nas enfermeiras com obesidade. Outro estudo que avaliou hábitos alimentares e tipos psicológicos em 302 estudantes americanos demonstrou maior prevalência dos tipos psicológicos mais frequentes em nossa amostra (ISFJ e ESFJ) e melhores hábitos alimentares em mulheres intuitivas vs sensitivas, com maior consumo de frutas e menos consumo de doces. Já as mulheres do tipo julgamento tiveram melhores consumos e hábitos alimentares do que mulheres do tipo percepção (HORACECK; BETTS, 1998).

Apesar da frequência dos tipos de personalidade ser semelhante entre os Grupos Cirúrgico e Clínico, as características psicológicas e os comportamentos foram significativamente diferentes nos dois grupos. O grupo Clínico apresentou maior IMC ($36,7\text{kg/m}^2$ vs $31,3\text{kg/m}^2$; $p < 0,0001$), com magnitude da diferença média (d de Cohen = $-0,46$) e maior peso médio ($93,7 \pm 17,018$ vs $80,3 \pm 15,986$), em comparação ao Grupo Cirúrgico. A perda de peso leva a significativas melhoras dos parâmetros clínicos, assim como a uma melhor autoestima, disposição para atividades físicas e

melhor qualidade de vida (FONTAINE; BAROFSKY, 2001; NGUYEN et al., 2006; SUPLICY et al., 2014).

Nossa amostra foi constituída de mulheres adultas com idade média de 44,9 \pm 11,52 anos que na sua maioria tinha o segundo grau completo. As participantes do Grupo Cirúrgico apresentaram maior número de mulheres divorciadas (OR = 19,62; 3,93 a 97,92; $p=0,0003$) em comparação ao Grupo Clínico.

Segundo Miranda e colaboradores (2014) e Campagna e Souza (2016), a preocupação com a imagem e peso corporal são comuns tanto em mulheres jovens quanto, de acordo com Samuels, Maine e Tantillo (2019), em adultas com mais de 50 anos de idade. Em nossa amostra, a maioria das mulheres estava insatisfeita com o peso (65,8%), percebiam-se grandes (60%) e insatisfeitas com a imagem corporal, relatos comuns na população de obesos graves (BIANCIARDI et al., 2019). Como era esperada, a melhor autoestima média foi encontrada no Grupo Cirúrgico e atrelada ao menor peso (45%).

Embora a obesidade não seja classificada como um transtorno alimentar, existe maior prevalência de transtornos alimentares nesta doença (CONCEIÇÃO; UTZINGER; PISETSKY, 2015; ŞENGÖR; GEZER, 2019). O comportamento alimentar em obesos é bem investigado, principalmente em pacientes que procuram por tratamento (FIGUEIREDO et al., 2014; LUZ et al., 2018). Em nosso estudo, o comportamento alimentar foi irregular na maioria das participantes (55,83%), com predominância do perfil compulsão alimentar no Grupo Clínico (56,7%; $p = 0,0005$) e do perfil beliscador no Grupo Cirúrgico (58,3%; $p = 0,0077$). O Grupo Cirúrgico apresentou maior risco de manifestar um perfil beliscador do que do comer noturno (OR = 18,53; 2,17 a 158,4; $p = 0,007$) ou de ter compulsão alimentar (OR = 2,92; 1,34 a 6,36; $p = 0,007$), quando comparado ao Grupo Clínico. As pacientes com o perfil beliscador tiveram maiores escores para compulsão alimentar ($p = 0,03$) no Grupo Cirúrgico. Este comportamento beliscador é contínuo no Grupo Cirúrgico é bem típico em pacientes que realizaram cirurgia bariátrica com a técnica *bypass* gástrico em Y de Roux. Acredita-se que o comportamento beliscador ocorra devido à restrição para a quantidade de ingestão de alimentos próprias do procedimento, o que pode levar à recidiva do ganho de peso (SILVA; KELLY, 2013).

Entretanto, melhores hábitos alimentares foram encontrados no Grupo Cirúrgico, com melhor qualidade de alimentação ($p<0,0002$) e menos episódios de compulsão alimentar ($10.23 \pm 8,47$ vs $18,67 \pm 10,51$; $p<0,0001$) do que o Grupo

Clínico. No Grupo Clínico observou-se maior número de episódios de compulsão grave e moderada. O número de episódios de compulsão alimentar foi diretamente relacionado ao IMC nos 2 grupos: no Grupo Cirúrgico, contudo, ($r = 0,45$; $p < 0,0001$) e no Grupo Clínico ($r = 0,30$; $p = 0,01$). No Grupo Cirúrgico, o IMC foi diretamente associado com o tempo de cirurgia ($r = 0,44$; $p < 0,0001$). De forma semelhante, Conceição e colaboradores (2014) compararam o comportamento e os hábitos alimentares em três grupos (pré-cirurgia; curto e longo prazo pós-bariátrica) e demonstraram que o grupo não cirúrgico apresentou maior frequência de episódios de descontrole alimentar em comparação ao cirúrgico tanto em curto (26,7% vs 12%) quanto em longo prazo (26,7% vs 16,9%). Ainda, Conceição *et al* (2014) também demonstraram correlação positiva entre descontrole alimentar e IMC e menor perda de peso. Da mesma forma, uma pesquisa brasileira prospectiva, que acompanhou 25 pacientes desde o pré-operatório, relatou uma redução significativa na prevalência de compulsão alimentar e comer noturno após seis meses de cirurgia. Essa pesquisa também descreveu uma menor perda do excesso de peso nos pacientes com desordens alimentares na fase pré-operatória (SILVA; ARAUJO, 2014).

Um estudo que reportou a melhora da sobrevida e da qualidade de vida pós cirurgia bariátrica, relatou melhores resultados clínicos quando comparado aos obesos sem cirurgia. No entanto não apresentou melhoras em relação à mortalidade, que foi maior do que na população geral, com seu aumento ao longo do tempo devido às doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e o suicídio. Neste estudo a taxa de suicídio dos participantes foi três vezes maior do que na população geral após 15 anos de cirurgia bariátrica (KAUPPILA *et al.*, 2019).

Neovius e colaboradores (2018), demonstraram que apesar de a cirurgia bariátrica reduzir a mortalidade, ela pode trazer efeitos adversos na saúde mental dos pacientes. O risco de suicídio e autoagressão foram mais elevados no grupo cirúrgico que no clínico, indicando a necessidade de avaliação psiquiátrica/psicológica antes da cirurgia, assim como de acompanhamento da saúde mental após a cirurgia bariátrica (NEOVIVUS *et al.*, 2018).

Apesar de não termos avaliado a ideação e o comportamento suicida antes e após a cirurgia, a avaliação da saúde mental em nossa amostra foi bastante preocupante. A maioria das participantes (59,2%) apresentou ideação suicida ao longo da vida, assim como 37,5% delas tiveram algum tipo de comportamento suicida ao longo da vida, com um caso de comportamento suicida no último ano. Musselmana

e colaboradores (2019) mostraram que pacientes com ideação suicida ao longo da vida mantiveram os pensamentos suicidas e os sintomas depressivos após seis meses de cirurgia independentemente do emagrecimento.

No Grupo Cirúrgico, houve relação entre ideação suicida recente e IMC. Ou seja, as participantes que tiveram ideação suicida recente tiveram maior IMC médio ($34,47 \pm 3,86 \text{ kg/m}^2$ vs $30,61 \pm 5,72 \text{ kg/m}^2$; $p = 0,01$) do que no Grupo Clínico. Entretanto, no Grupo Clínico, as participantes que apresentaram ideação suicida ao longo da vida também apresentaram maior IMC ($37,96 \pm 6,41 \text{ kg/m}^2$ vs $33,92 \pm 4,68 \text{ kg/m}^2$; $p = 0,01$). Uma pesquisa americana relatou que quanto maior o grau de obesidade, maiores são os sintomas psiquiátricos (ONYIKE et al., 2003), sendo que as estimativas são negativas principalmente para as adolescentes obesas com maior tendência a serem adultas deprimidas e ansiosas (ANDERSON et al., 2007).

Um estudo longitudinal de pacientes bariátricos relatou que um quarto dos 2458 pacientes incluídos apresentaram ideação ou comportamento suicida ao longo da vida, antes da cirurgia, sendo a prevalência de automutilação e ideação suicida de 5,3% no pré-operatório, 3,8% após um ano e 6,6% ($p = 0,001$), após cinco anos de cirurgia (GORDON et al., 2019). Esses dados evidenciam a importância da equipe multidisciplinar e do cuidado com a saúde psíquica no tratamento da obesidade.

É evidente a pior qualidade de vida, assim como piores situações psicossociais, hábitos de vida e estigma social em pacientes obesos (BLÜHER, 2019; SEGAL, FANDIÑO, 2002). Além disto, o problema torna-se maior quando esta inadequação pessoal ganha um respaldo sociocultural com a discriminação e o julgamento coletivo (ROSA; CAMPOS, 2008).

A maioria das participantes do estudo (55%) era sedentária. O Grupo Cirúrgico apresentou maior número de mulheres fisicamente ativas (61,1%; $p = 0,04$). A maioria das participantes não era fumante e não fazia uso de bebidas alcoólicas. Setenta e cinco por cento das participantes dessa pesquisa atribuiu ser o fator emocional, ou seja os aspectos psicológicos que propiciam a maior ingestão calórica, sendo estas mais frequentes no Grupo Clínico ($p = 0,002$). O risco de uma paciente do Grupo Clínico vir a ter o fator emocional relacionado ao comportamento alimentar e não outro fator é de 7,85 vezes a de uma paciente do Grupo Cirúrgico. Da mesma forma, Şengör e Gezer (2019) relatam ser frequente a relação entre a dependência alimentar, comportamento alimentar desordenado e maior IMC, com maior risco deste comportamento em mulheres do que em homens.

Logo, percebe-se na nossa amostra que o alimento é repleto de significados que tiveram ressonância no comportamento alimentar, assim como no modo de resolver conflitos. O comer emocional enquanto um recurso regulador das emoções pode ser evidenciado nos primeiros vínculos e necessidades infantis (CHRISTENSEN, 2019) e ser, significativamente, mais impactante em indivíduos obesos graves do que nos menos obesos (ANDREI et al., 2018).

A maioria das participantes (47,5%), refere haver maior ingestão calórica em momentos de stress e de alteração de humor. Da mesma forma, estudos evidenciam que em obesos adultos há elevada prevalência de experiências de adversidade na infância, tais como negligências, abusos físicos e emocionais que foram experimentados pelas figuras parentais e/ou familiar e permanecem em suas vidas. Estes sugerem a relação entre o comportamento alimentar e as adversidades advindas de um ambiente disfuncional, os quais devem ser compreendidos tendo em consideração a totalidade de vida do sujeito (AMIANTO et al., 2018; SILVA; MAIA, 2010; 2011). Estas adversidades psicossociais geram grande impacto social e econômico em todo mundo, particularmente em indivíduos do sexo feminino (PEREIRA; BRANDAO, 2014).

Neste estudo, a evidência do comer emocional pode ser melhor compreendida nos casos em que as participantes nomeiam o comer de forma representativa: “comer para mim se tornou um aliado, uma força” (sic); “comer é meu castigo, sei que não posso, mas não consigo parar...” (sic); “comer é tudo o que eu tenho, já não tenho saúde, família, mas tenho prazer nessas horas.” (sic); “um dia me disseram que não posso comer por causa da minha diabetes, mas que coisa é essa, ainda querem me tirar o que me dá alegria?”(sic).

Esses relatos, entre muitos outros trazidos por essas 65 mulheres com perfis ISFJ e ESFJ, as quais representam 54,1% da amostra total, evidenciam a atuação do Complexo do Comer expressos no comportamento alimentar disfuncional e emocional. Nessas mulheres o comportamento alimentar demonstra estar inserido nos aspectos psíquicos, sociais e culturais. Demonstram relações revestidas de afeto e, simbolicamente, carregadas de carências afetivas. Estudos revelam que em obesos o alimento tende ser uma forma de conforto emocional e *coping* para a resolução de conflitos e situações adversas (GADOTTI; BORGES; SAMPAIO, 2017; SILVA; MAIA, 2011; WOODMAN, 2002).

O comer para essas participantes com perfil tipológico atrelado às funções unilaterais da sensação introvertida e dos sentimentos extrovertidos, dinamicamente, funcionam como recursos para lidar internamente (introversão da libido) ou externamente (extroversão da libido) com suas questões subjetivas. Nesta amostra, as pacientes introvertidas tiveram maiores valores para IMC ($35,13 \pm 6,85$ vs $32,39 \pm 5,62$; $p=0,02$), maiores valores para comportamento alimentar descontrolado ($16,13 \pm 10,7$ vs $12,18 \pm 9,53$; $p = 0,04$), assim como maior risco para ideação suicida ao longo da vida ($p = 0,007$) do que as pacientes extrovertidas. A única paciente que apresentou comportamento suicida recente era do Grupo Clínico e com perfil ISFJ.

Após análise multivariada para verificar a independência das variáveis associadas, os dois tipos ISFJ e ESFJ mais frequentes na amostra não foram relacionados aos episódios de compulsão alimentar, ou seja, o comportamento alimentar disfuncional avaliado pelo instrumento *Binge Eating Scale* (BES) não esteve associado à personalidade e sim aos valores de IMC. Isso nos faz pensar o quanto a relação emocional com o comer não é exclusiva na população de obeso, muito menos voltado a algum padrão de personalidade. Expressões como “fome de quê?” e o “para quê o comer?”, por meio dos relatos dessas mulheres, confirmam a atuação do Complexo do Comer emotivo, ficando claro que não comem apenas por fome ou por questões fisiológicas, mas sim por questões muitas vezes desconhecidas, explicadas pelo sistema hedônico da ingestão alimentar (RIBEIRO; SANTOS, 2013).

Numa compreensão psicodinâmica, o comer se torna simbólico por carregar significados que estão fora do alcance da consciência, os quais expressam fenômenos pessoais e coletivos próprios ao nosso imaginário (JUNG, 2011). O comer simbólico carrega mistérios que são expressos nos discursos das participantes ao dizerem não compreender suas necessidades, e comem mesmo que cheias, empanturradas, mesmo que sem gosto e até mesmo com gosto amargo e ruim, expressando, nesses momentos, seus conteúdos não digeridos psiquicamente. O comer não vem sozinho, ele vem acompanhado de demandas culturais, sociais e psíquicas que muitas vezes se comportam de forma desnaturada, vinculadas a conflitos psíquicos de diferentes ordens.

No entanto na esfera do saudável, é possível estabelecer uma relação não patológica com o alimento, lidar objetivamente com a comida, tê-la como recurso nutritivo. Com o reconhecimento e o autoconhecimento, é possível fazer escolhas

alimentares conscientes voltadas às necessidades fisiológicas, sociais e culturais, sem sofrimento psicológico.

A cirurgia ou qualquer outra intervenção terapêutica não pode agir independente das condições subjetivas, das responsabilidades e das motivações dos pacientes envolvidos. O sucesso terapêutico, assim como o seu fracasso, parece envolver muitos fatores que não só o fisiológico (CASTANHA et al., 2018; MARCZUK et al., 2019).

Os achados estatísticos não devem generalizar a dinâmica das mulheres obesas, mas certamente darão direções ao considerar que, nesta amostra, mulheres com o perfil ISFJ e as introvertidas estiveram mais propensas ao maior sofrimento psíquico e às dificuldades adaptativas no processo de emagrecimento, os quais devem ser considerados nas estratégias e manejos terapêuticos do tratamento multidisciplinar da obesidade.

6 CONCLUSÕES

A partir da compreensão tipológica e do comportamento alimentar de mulheres em tratamento para obesidade, concluímos que:

1. Os tipos mais frequentes na amostra foram o ISFJ e o ESFJ, sem diferença estatística entre o Grupo Cirúrgico e Grupo Clínico;
2. Os dados tipológicos sugerem que os padrões de personalidade não se alteram com o procedimento cirúrgico;
3. O comportamento alimentar e os hábitos alimentares das participantes do Grupo Clínico foram piores do que as do Grupo Cirúrgico;
4. O número de episódios de compulsão alimentar foi diretamente relacionado com o IMC e não com os tipos psicológicos;
5. Os tipos introvertidos tiveram mais episódios de compulsão alimentar do que os tipos extrovertidos;
6. O Complexo do comer se expressou por meio do comportamento alimentar disfuncional e com carácter emocional;
7. A Ideação Suicida recente esteve associada com maior IMC no Grupo Cirúrgico;
8. A Ideação Suicida ao longo da vida, assim como o comportamento suicida ao longo da vida estiveram associados a maior IMC no Grupo Clínico;
9. A ideação suicida ao longo da vida e recente esteve significativamente associada aos tipos introvertidos;
10. O tipo ISFJ apresentou maior risco para Ideação Suicida ao longo da vida e Comportamento Suicida ao longo da Vida do que o perfil ESFJ;
11. O tipo ISFJ apresentou maior risco para compulsão alimentar e maiores valores de IMC do que o perfil ESFJ;
12. O IMC não foi independentemente associado à Ideação e Comportamento suicida, mas foi para a compulsão alimentar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vazio...
Fome Imensa...!
Mastigo a minha angústia
Indigestão!

Jefferson Dieckmann; 2008.

Este trabalho evidenciou o quanto a avaliação dos aspectos psicológicos é essencial para o tratamento da obesidade. A avaliação dos tipos psicológicos pode servir como ferramenta na compreensão dos fatores envolvidos na recidiva de peso e nas alterações de comportamento alimentar dos pacientes envolvidos. Neste constructo, a personalidade deve ser contemplada, com todo o seu funcionamento influenciando e sendo influenciada.

O processo de emagrecimento é desafiador e exige recursos que vão além das condições técnicas. Para este se faz necessário pensar na complexidade do comportamento alimentar humano, o qual requer o olhar dos diversos aspectos envolvidos. Não comemos apenas por fome e por questões fisiológicas, mas atribuímos a ele significados e funções que perpassam pelas condições emocionais, sociais e culturais.

Paradoxalmente, a mesma comida que nutre pode adoecer, o mesmo remédio que salva pode matar e “a medida certa” parece estar em como lidamos com isto.

Dinamicamente, as pacientes do tipo sensação introvertida parecem internalizar o que sentem por meio da ingestão do alimento, comendo sem perceber e com aumento do apetite nos momentos de instabilidade emocional, com uso do alimento enquanto conforto emocional. Apresentam dificuldades em externalizar os sentimentos com tendência a um recolhimento psíquico e aumento da angústia psíquica, próprios de proteger-se do objeto externo que lhe parece ameaçador (JUNG, 2011). Nestas, devido ao dinamismo da função inferior intuição e por meio da compensação inconsciente desta, muitas vezes o faro é arcaico e extrovertido com ideias obsessivas e sombrias (JUNG, 2011).

Nesta amostra, a introversão pareceu um fator de risco para a saúde emocional de mulheres que apresentaram ideação e comportamento suicida ao longo da vida. Isso requer pensar que muito do sofrimento psicológico em mulheres obesas pode estar atrelado à não expressão e indigestão dos conflitos da vida.

As participantes do tipo sentimento extrovertido parecem escolher o alimento não pelo o que ele é em si, mas sim pelo valor emocional atribuído a ele, por aquilo

com que “recheiam” o alimento, preenchendo-o de necessidades valorativas que vão além da fome. Essas participantes comem pela qualidade atribuída ao ato com interesses e atenção voltados a acontecimentos e influências externas, com pouca consideração às necessidades subjetivas (JUNG, 2011).

Todo comportamento implica numa adaptação que exige recursos psíquicos para o enfrentamento das mudanças e das atitudes propostas. A saúde psíquica é uma grande aliada nessa tarefa. O bem-estar emocional garante a motivação e aderência às orientações dos profissionais envolvidos nessa tratativa do peso.

Observa-se que independente da personalidade, o Complexo do Comer, enquanto fator psíquico natural ao ser humano está relacionado aos comportamentos e experiências alimentares vivenciados ao longo da vida, os quais podem ser experimentados de forma positiva e/ou negativa e despertados em momentos de conflitos emocionais. No indivíduo obeso com episódios de descontrole alimentar, esse complexo interfere no funcionamento adequado da consciência e nas capacidades adaptativas em lidar com o alimento enquanto fonte de energia e vida. O comer emocional revela um inconsciente querendo agir e, por meio das funções psíquicas do sujeito, busca por tentativas de resolução dos conflitos não percebidos ou compreendidos de outra forma.

Não se pode deixar de pensar que muito do peso que essas mulheres carregam estejam relacionados às demandas coletivas e culturais. Tratar o corpo obeso na chamada “Psicologia da Obesidade” é antes de tudo tratar o sujeito que contempla esse corpo, com sua subjetividade e direito de escolher sobre quais circunstâncias corpóreas quer se adaptar e transitar no mundo. Apesar desta disputa interna e externa, conferida por meio das demandas sociais, não se pode perder de vista que além das exigências do corpo saudável, o que direciona a vida é o seu próprio sentido. O sentido é único a cada sujeito e encontra-se independente do seu IMC.

Este estudo traz contribuições acerca do pensar em estratégias terapêuticas que colaborem com o processo de alimentação saudável e consciente. Propõe-se uma terapêutica focada na compreensão do funcionamento psicológico do comportamento alimentar, sem o uso do alimento para a resolução dos conflitos emocionais.

7.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Por se tratar de uma contribuição científica pouco explorada na população de indivíduos com obesidade, há a necessidade de novos estudos tipológicos em ambos os gêneros e diferentes faixas etárias. Para melhor compreensão sobre a influência da personalidade no comportamento alimentar de sujeitos com obesidade, sugere-se a ampliação da amostra e de novos parâmetros a serem verificados por meio da sua comparação com indivíduos diagnosticados com diferentes transtornos alimentares ou outras doenças crônicas. Outro ponto desejável seria a inclusão de grupo controle, com indivíduos que não tenham obesidade para investigar as semelhanças e diferenças entre os grupos. Outra contribuição está relacionada ao desenho do estudo. Estudos observacionais transversais, como este, analisam um ponto no tempo, o que não torna possível a compreensão do funcionamento psicológico ao longo da vida e dos tratamentos. Um estudo longitudinal com seguimento prospectivo permitiria verificar se as mudanças estariam atreladas ao procedimento cirúrgico, medicamentoso ou a diferentes situações da vida.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION — APA. **DSM-V: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<http://www.tdahmente.com/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

AMIANTO, F. et al. Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: personality and psychopathology correlates in adulthood. **Psychiatry Res**, Amsterdam, v.269, p. 692-699, nov. 2018. DOI. 10.1016/j.psychres.2018.08.089. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178117320371?via%3Dihub>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

ANDERSON, S. E. et al. Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: prospective evidence. **Psychosom med**, McLean, v. 69, n. 8, p. 740-747, out. 2007. DOI. 10.1097/PSY.0b013e31815580b4. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/crossref?an=00006842-200710000-00006>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ANDREI, F. et al. Emotional intelligence, emotion regulation and affectivity in adults seeking treatment for obesity. **Psychiatry res**, Amsterdã, v. 269, p. 191-198, nov. 2018. DOI. 10.1016/j.psychres.2018.08.015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178117318620?via%3Dihub>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA — ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4 ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, B.F. A questão da beleza ao longo do tempo. In: BUSSE, S.R. (Org). **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. São Paulo: Manole, 2004.p. 19-29.

BALDOFSKI, S. et al. Non normative eating behavior and psychopathology in prebariatric patients with binge-eating disorder and night syndrome. **Surg obes relat dis**, Amsterdã, v. 11, n. 3, p. 621-626, maio/jun. 2015. DOI. 10.1016/j.soard.2014.09.018. Disponível em: <[https://www.soard.org/article/S1550-7289\(14\)00358-X/fulltext](https://www.soard.org/article/S1550-7289(14)00358-X/fulltext)>. Acesso em: 01 jul. 2019.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A Transição Nutricional No Brasil: Tendências Regionais E Temporais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.S181-S191, 2003. DOI. 10.1590/s0102-311x2003000700019. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1531.pdf>>. Acesso em: 17ago. 2018.

BATTISTELLI, C. **Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM**, notícias

destaque, jul. 2018. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev Nutr**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, jan./fev. 2005. DOI. 10.1590/S1415-52732005000100008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000100008>. Acesso em: 02 jul. 2019.

BERTHOUD, H. R.; MÜNZBERG, H.; MORRISON, C. D. Blaming the brain for obesity — integration of hedonic and homeostatic mechanisms. **Gastroenterology**, Suíça, v. 152, n. 7, p. 1728-1738, maio 2017. DOI. 10.1053/j.gastro.2016.12.050. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016508517301439>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

BIANCARDI, E. et al. Body image dissatisfaction in individuals with obesity seeking bariatric surgery: exploring the burden of new mediating factors. **Riv psichiatr**, Roma, v. 54, n. 1, p. 8-17, jan./fev. 2019. DOI. 10.1708/3104.30935. Disponível em: <http://www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=3104&id=30935>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BLÜHER, M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. **Nature Reviews | Endocrinology**, Suíça, v. 15, p. 288-298, maio 2019. DOI. 10.1038/s41574-019-0176-8. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41574-019-0176-8>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2016_fatores_risco.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

BRAY, G.A. A concise review on the therapeutics of obesity. **Nutrition**, Rockville, v. 16, n. 10, out. 2000. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089990070000424X?via%3Dihub>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

BUSSAB, W. de O.; MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

CAMPAGNA, V. N.; SOUZA, A. S. L. de. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Boletim de psicologia**, São Paulo, v. 55, n. 124, p. 9-35, jun. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100003>. Acesso em: 30 abr. 2019.

CASELLA, G.; BERGER, G. K. **Statistical interference**. N. Scituate: Duxbury Press, 2002.

CASTANEDA, D. et al. Risk of suicide and self-harm is increased after bariatric surgery — a systematic review and meta-analysis. **Obes Surg**, Suíça, v. 29, n. 1, p. 322-333, jan. 2019. DOI. 10.1007/s11695-018-3439-4. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-018-3439-4>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

CASTANHA, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev col bras cir**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, jul. 2018. DOI. 10.1590/0100-6991e-20181864. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912018000300158&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 ago. 2018.

CHRISTENSEN, K. A. Emotional feeding as interpersonal emotion regulation: a developmental risk factor for binge-eating behaviors. **Int j eat disord**, Hoboken, v. 52, n. 2, p. 515-519, maio 2019. DOI. 10.1002/eat.23044. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.23044>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

CONCEIÇÃO, E. et al. Loss of control eating and weight outcomes after bariatric surgery: a study with a portuguese sample. **Eat weight disord**, Suíça, v. 19, n. 1, p. 103-109, mar. 2014. DOI. 10.1007/s40519-013-0069-0. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40519-013-0069-0>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CONCEIÇÃO, E. M.; UTZINGER, L. M.; PISETSKY, E. M. Eating disorders and problematic eating behaviours before and after bariatric surgery: characterization, assessment and association with treatment outcomes. **European eating disorders review**, Norwich, v. 23, n. 6, p. 417-425, nov. 2015. DOI. 10.1002/ver.2397. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861632/>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA — CFP. **Lista de Testes Psicológicos Favoráveis pelo SATEPSI/Resolução CFP nº 009/2018**. Disponível em: <<http://satepsi.cfp.org.br/testesFavoraveis.cfm>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

COUTINHO, W. Comer compulsivo e obesidade. In: HALPERN, A. et al. **Obesidade**. Porto Alegre: Lemos editorial, 1998. p. 209-215.

COUTO, G.; BARTHOLOMEU, D.; MONTIEL, J. M. Estrutura interna do Myers Briggs Type Indicator (MBTI): evidência de validade. **Aval Psicol**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 41-48, abr. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000100006>. Acesso em: 15 set. 2017.

CRUZ, L. M. da; NUNES, C. P. Fator emocional na obesidade e transtornos de imagem. **Revista de medicina de família e saúde mental**, Teresópolis, v. 1, n. 2, p. 125-134, 2019. Disponível em: <<http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1613/641>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

CUNHA, J.A. et al. **Psicodiagnóstico-V**. 5ed. Revisada e Ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DAMATTA, R. **O que faz o Brasil, brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DAWES, A. J. et al. Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: a meta-analysis. **JAMA - J Am Med Assoc**, Chicago, v. 315, n. 2, p. 150-163, 2016. DOI. 10.1001/jama.2015.18118. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2481004>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, jul. 2017. DOI. 10.1590/0102-311x00006016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00006016.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

DOBROW, I.J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M.J. Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v.24, n. 3, p.63-70, 2002. DOI. 10.1590/S1516-44462002000700014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13975.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

DUNN, P. K.; SMYTH, G. K. Evaluation of Tweedie exponential dispersion models using Fourier inversion. **Statistics and Computing**, Suíça, v. 18, n. 1, p. 73-86, mar. 2008. DOI. 10.1007/s11222-007-9039-6. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11222-007-9039-6>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

DURÃO, I.L.; MEIRIÑO, M.J.; MÉXAS, M.P. Inovação em serviços de saúde a partir do Teste Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) associado à análise de redes sociais (ARS). **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 277-291, jul./set. 2018. DOI. 10.29397/reciis.v12i3.1368. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1368/2224>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

FIGUEIREDO, M.D. **Avaliação dos Aspectos Depressão, Ansiedade, Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida de Mulheres Obesas, Submetidas a Tratamento Medicamentoso Antiobesidade**. 128 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna e Ciências da Saúde) Setor de Ciências e Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

FIGUEIREDO, M. D. et al. Comportamento alimentar e perfil psicológico de mulheres obesas. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 43-54, 2014. Disponível em: <<https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/6/5>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

FONTAINE, K. R.; BAROFSKY, I. Obesity and health-related quality of life. **Obes rev**, Hoboken, v. 2, n. 3, p. 173-182, ago. 2001. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1467-789x.2001.00032.x?sid=nlm%3Apubmed>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódico. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v.23, n.4,p.215-220, 2001. DOI. 10.1590/S1516-44462001000400008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7169.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

GADOTTI, C. M.; BORGES, M. B. F.; SAMPAIO, S. M. D. Processar, elaborar, digerir: transtorno alimentar na contemporaneidade, leitura arquetípica. **Junguiana**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 47-58, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jung/v35n2/06.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

GORDON, K. H. et al. A longitudinal examination of suicide-related thoughts and behaviors among bariatric surgery patients. **Surgery for obesity and related diseases**, Nova Iorque, v. 15, n. 2, p. 269-278, fev. 2019. DOI. 10.1016/j.soard.2018.12.001. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550728918305185>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

HALPERN, Z. S. C.; RODRIGUES, M. D.; COSTA, R. F. Determinantes fisiológicos do controle do peso e do apetite. **Rev Psiquiatr Clin**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 150-153, 2004. DOI. 10.1590/S0101-60832004000400002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400002>. Acesso em: 30 jun. 2019.

HORACEK, T. M.; BETTS, N. M. College students' dietary intake and quality according to their Myers Briggs Type Indicator Personality preference. **J of Nutrition Education**, Suíça, v. 30, n. 9, p. 387-395, nov. 1998. DOI. 10.1016/S0022-3182(98)70361-9. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022318298703619>>. Acesso em: 27 jul. 2019.

JONES-CORNEILLE, L. R. et al. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. **Obes Surg**, Hoboken, v. 22, n. 3, p. 389-397, mar. 2012. DOI. 10.1007/s11695-010-0322-9. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-010-0322-9>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

JUNG, C. G. **Obras completas de C. G. Jung**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. vol. 6: Tipos Psicológicos.

_____. **Obras completas de C. G. Jung**. 7 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009b. vol. 8/2: Natureza da Psique.

_____. **O Homem e seus Símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

KARMALI, S. et al. Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. **Obes Surg**, Suíça, v.23, n.11, p. 1922-1933, nov. 2013. DOI. 10.1007/s11695-013-1070-4. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23996349>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

KAUPPILA, J. H. et al. Effects of obesity surgery on overall and disease-specific mortality in a 5-country population-based study. **Gastroenterology**, Suíça, v. 157, n. 1, p. 119-127, jul. 2019. DOI. 10.1053/j.gastro.2019.03.048. Disponível em: <[https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(19\)34648-7/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(19)34648-7/fulltext)>. Acesso em: 28 jun. 2019.

KIMBLES, S. **Phantom Narratives. The Unseen Contributions of Culture to Psyche**. New York, London: Rowman & Littlefield, 2014.

KING, D.D. et al. Homogeneity of personality in organizations and occupations: considering similarity sources. **J Bus Psychol**, Suíça, v. 32, n.6, p. 641-653, dez. 2017. DOI. 10.1007/s10869-016-9459-4. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10869-016-9459-4>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

KLOTZ-SILVA, J.; PRADO, S. D.; SEIXAS, C. M. Comportamento alimentar no campo da alimentação e nutrição: do que estamos falando? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1103-1123, 2016. DOI. 10.1590/S0103-73312016000400003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01103.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

KONTTINEN, H. et al. Emotional eating and self-efficacy in physical activity as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. **Am J Clin Nutr**, Boston, v. 92 n.5, p.1031-1039, nov. 2010. DOI. 10.3945/ajcn.2010.29732. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20861176>>. Acesso em: 02 abr. 2019.

LAZAREVICH, I. et al. Relationship between obesity, depression and emotional eating in young adults. **Appetite**, Birmingham, v. 107, n. 1, p. 639-644, dez. 2016. DOI. 10.1016/j.appet.2016.09.011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666316304597?via%3Dihub>>. Acesso em: 06 mar. 2019.

LEAL, C.W.; BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. **Rev Psiquiatr RS**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 324-327, set./dez. 2007. DOI. 10.1590/S0101-81082007000300013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a13.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

LEE, B.Y. et al. A Systems Approach to Obesity. **Nutr Rev**, Tucson, v. 75, n.1, p.94-10, jan. 2017. DOI. 10.1093/nutrit/nuw049. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc5207008/>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

LIFCHEZ, S.D.; REDETT, R.J. A standardized patient model to teach and assess professionalism and communication skills: the effect of personality type on performance. **Jour Surg Educ**, Bethesda, v.71, n.3, p.297-301, maio/jun. 2014. DOI. 10.1016/j.surg.2013.09.010. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1931720413002286?via%3Dihub#!>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

LOPEZ-PANTOJA, J. L. et al. Personality profiles between obese and control subjects assessed with five standardized personality scales. **Actas Esp Psiquiatr**, Madrid, v. 40, n. 5., p. 266-274, set./out. 2012. Disponível em: <<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/79/ENG/14-79-ENG-266-274-648034.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

LUZ, F. K. da et al. Obesity with comorbid eating disorders: associated health risks and treatment approaches. **Nutrients**, Basel, v. 10, n. 7, jun. 2018. DOI. 10.3390/nu10070829. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2072-6643/10/7/829>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

MAGDALENO JÚNIOR, R.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Rev Psiquiatr RS**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 73-78, 2009. DOI. 10.1590/S0101-81082009000100013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a13.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

MANNUCCI, E. et al. Clinical and Psychological Correlates of Health-Related Quality of Life in Obese Patients. **Health Qual Life Outcomes**, Londres, v.8, n.90,p.1-9, ago. 2010. DOI. 10.1186/1477-7525-8-90. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-8-90>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

MARCZUK, P. et al. Effectiveness and safety of Roux-en-Y gastric by-pass in elderly patients: systematic review and meta-analysis. **Obes surg**, Hoboken, v. 29, n. 2, p. 361-368, fev. 2019. DOI. 10.1007/s11695-018-3546-8. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-018-3546-8>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

MARIA, C. C. de; YAEGASHI, S.F.R. Os traços de personalidade associados no desenvolvimento da obesidade. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.10, n.56, p.74-92,mar./abr. 2016. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/411/380>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

MATOS, A.F.G. Tratamento da Obesidade: Anorexígenos. In: HALPERN et al. (Org.) **Obesidade**. Lemos: São Paulo, 1998. p. 281-297.

MENARD, S. **Applied Logistic Regression Analysis**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2002.

MIRANDA, V. P. N. et al. Imagem corporal em diferentes períodos da adolescência. **Revista paulista de pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 63-69, mar. 2014. DOI. 10.1590/S0103-05822014000100011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822014000100063&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 abr. 2019.

MUSSELMANA, D. et al. The effects of roux en y gastric by-pass surgery on neurobehavioral symptom domains associated with severe obesity. **Physiology &**

Behavior, Suíça, v. 204, p. 86-92, maio 2019. DOI. 10.1016/j.physbeh.2019.02.013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031938418309302?via%3Dihub>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

MYERS, I. B. **Introdução à Teoria dos Tipos Psicológicos – Um guia para entender os resultados do Myers-Briggs Type Indicator®**. Série – Introdução à Teoria dos Tipos®. 6 ed. Fellipelli, São Paulo, 2011.

MYERS, I. B.; MYERS, P. B. **Ser humano é ser diferente: valorizando as pessoas por seus dons especiais**. São Paulo: Gente, 1997.

MYSLOBODSKY, M. Gourmand savants and environmental determinants of obesity. **Obes Rev**, Hoboken, v.4, n. 2, p.121-128, maio 2003. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1467-789X.2003.00098.x>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

NASSER, Y. B. d'A. N. A identidade corpo-psique na psicologia analítica. **Estudos e pesquisa em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10., n. 2, p. 325-338, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v10n2/v10n2a03.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019.

NEOVIUS, M. et al. Risk of suicide and non-fatal self-harm after bariatric surgery: results from two matched cohort studies. **Lancet Diabetes Endocrinol**, Londres, v. 6, n. 3, p. 197-207, jan. 2018. DOI. 10.1016/S2213-8587(17)30437-0. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(17\)30437-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(17)30437-0/fulltext)>. Acesso em: 29 jun. 2019.

NGUYEN, N. et al. Quality of life assessment in the morbidly obese. **Obes surg**, Hoboken, v. 16, n. 5, p. 531-533, maio 2006. DOI. 10.1381/096089206776945110. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1381/096089206776945110>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

NÓBREGA, A. G. de S. **Vivências e significados da obesidade e do emagrecimento através da cirurgia bariátrica**. 135f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Centro de Ciências Humana, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006.

NOVELLE, J. M.; ALVARENGA, M. S. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma visão integrativa. **J bras psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 262-285, jul./set. 2016. DOI. 10.1590/0047-2085000000133. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852016000300262&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ONYIKE, C. U. et al. Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey. **Am j epidemiol**, Oxford, v. 158, n. 12, p. 1139-1147, dez. 2003. DOI. 10.1093/aje/kwg275. Disponível em: <<https://academic.oup.com/aje/article/158/12/1139/90785>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

PAULA, L. de A. et al. Avaliação tipológica e psicodinâmica de paciente pós-bariátrica. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 6, n. 2, p.

85-96, jul./dez. 2017. Disponível em: <<https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/139/90>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

PEREIRA, C.; BRANDAO, I. Uma perspectiva da psicopatologia da obesidade. **Arq Med**, Porto, v. 28, n. 5, p. 152-159, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v28n5/v28n5a04.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

PINTO, T. F. et al. Obesity, hypersomnolence, and quality of sleep: the impact of bariatric surgery. **Obes Surg**, Suíça, v. 27, n.7, p.1775-1779, jan./jul. 2017. DOI. 10.1007/s11695-016-2536-y. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v28n5/v28n5a04.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

POLI, R. et al. Obesity, binge eating, obstructive sleep apnea and psychopathological features. **Clin neuropsychiatric**, Londres, v. 9, n. 4, p. 166-170, jan. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/289012744_Obesity_binge_eating_obstruction_sleep_apnea_and_psychopathological_features>. Acesso em: 30 jun. 2019.

POSNER, K. et al. The columbia-suicide severity rating scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. **Am J Psychiatry**, Washington v.168, n.12, p.1266-1277, dez. 2011. DOI. 10.1176/appi.ajp.2011.10111704. Disponível em: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

POTGIETER, I.; COETZEE, M. Employability attributes and personality preferences of postgraduate business management students. **SA J Ind Psychol**, Cidade do Cabo, v. 39, n. 1, dez. 2012. DOI. 10.4102/sajip.v39i1.1064. Disponível em: <<https://sajip.co.za/index.php/sajip/article/view/1064>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

R CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**. Tradução. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2018.

RIBEIRO, G. A. N. A. et al. Perfil Psicológico de Pacientes Elegíveis para Cirurgia Bariátrica. **ABCD, Arq Bras Cir Dig**, São Paulo, v. 29, supl. 1, p. 27-30, 2016. DOI. 10.1590/0102-6720201600S10008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc5064267/>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

RIBEIRO, G.; SANTOS, O. Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para uma obesidade. **Rev Port Endocrinol Diabetes Metab**, Suíça, v. 8, n. 2, p. 92-88, jul./dez. 2013. DOI. 10.1016/j.rpedm.2013.09.001. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646343913000400>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

ROBERTO, C.A. et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. DOI. 10.1016/S0140-6736(14)61744-X. **Lancet**, Londres, v. 385, n. 9985, p. 2400-2409, fev. 2015. Disponível em: <https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=sph_publications>. Acesso em: 02 out. 2018.

ROSA, T. do V.; CAMPOS, D. T. F. O sofrimento psíquico na condição obesa e a influência da cultura. **Estudos**, Goiânia, v. 35, n. 5, p. 967-979, set./out. 2008. Disponível em:

<<http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/1105/775>>.

Acesso em: 25 jan. 2019.

SALTZMAN, J. A. et al. Eating, feeding, and feeling: emotional responsiveness mediates longitudinal associations between maternal binge eating, feeding practices, and child weight. **Int j behav nutr phys act**, Londres, v. 2, p. 1-14, ago. 2016. DOI. 10.1186/s12966-016-0415-5. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971716/>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

SAMUELS, K. L.; MAINE, M. M.; TANTILLO, M. Disordered eating, eating disorders, and body image in midlife and older women. **Current psychiatry reports**, Suíça, v. 21, n. 70, jul. 2019. DOI. 10.1007/s11920-019-1057-5. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-019-1057-5#citeas>>. Acesso em 01 jul. 2019.

SHELL, R.M. et al. Anesthesiology resident personality type correlate with assessment of resident performance. **J Clin Anesth**, Boston, v.24, n.7, p.566-572, nov. 2012. DOI. 10.1016/j.jclinane.2012.04.008. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818012002759>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v.24, supl. 3, p. 68-72, dez. 2002. DOI. 10.1590/S1516-44462002000700015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13976.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

ŞENGÖR, G.; GEZER, C. Food addiction and its relationship with disordered eating behaviours and obesity. **Eat weight disorder**, Suíça, mar. 2019. DOI. 10.1007/s40519-019-00662-3. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40519-019-00662-3#citeas>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo:McGraw-Hill, 1975.

SILVA, M. de O.; ARAÚJO, M. S. M. Desordens no comportamento alimentar antes e após a cirurgia de by-pass gástrico em um hospital público. **Nutrire rev soc bras alim**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 68-83, abr. 2014. DOI. 10.4322/nutrire.2014.007. Disponível em: <http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/413.pdf>. Acesso em 29 jun. 2019.

SILVA, R. F. da; KELLY, E. de O. Reganho de peso após o segundo ano do by-pass gástrico em Y de Roux. **Com ciências saúde**, Distrito Federal, v. 24, n. 4, p. 341-350, 2013. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/reganho_peso_apos_segundo_ano.pdf>.

Acesso em: 30 abr. 2019.

SILVA, S.; MAIA, A. C. Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. **Rev psiquiatr Rio Gr Sul**, Porto Alegre, v. 32., n. 3, p. 69-72, 2010. DOI. 10.1590/S0101-81082010005000002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n3/1321.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

SILVA, S.S.P.; MAIA, A.C. Adversidade na infância, características psicológicas e problemas de saúde física: comparação entre obesos e não obesos. **Rev psiquiatr clín**, São Paulo, v.38, n.5, p.194-200, 2011. DOI. 10.1590/S0101-60832011000500005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n5/a05v38n5.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SILVA, T.P.S. da; SOUGEY, E.B. Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral. **Rev Bras Pesq Saúde**, Vitória, v.18, n.3, p.144-154, jul/set. 2016. DOI. 10.21722/rbps.v18i3.15754. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15754/10900>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

SINGER, T.; KIMBLES, S.L. **The Cultural Complex**. New York: Brunner-Routledge, 2004.

SOBAL, J. Social and Cultural Influences on Obesity. In: BJÖRNTORP, P. (Ed.). **International textbook of obesity**. Chichester: John Wiley & Sons, 2001. cap. 21, p. 305-322. DOI. 10.1002/0470846739.ch21. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/abec/4a844dfc7c3385bf9ad2065b8c52a1305a07.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SOBAL, J.; DEVINE, C.M. Social Aspects of Obesity: Influences, Consequences, Assessments and Interventions. In: DALTON, S. **Overweight and weight management**. Maryland: Aspen Publishers, 1997. p. 312-331.

SUPLICY, H. et al. A comparative study of five centrally acting drugs on the pharmacological treatment of obesity. **Int J Obes**, Londres, v.38, n.8, p.1097-1103, 2014. DOI. 10.1038/ijo.2013.225. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24287940>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SUTIN, A. R. et al. Personality and obesity across the adult life span. **Journal of personality and social psychology**, Washington, v. 101, n. 3., p. 579-592, 2011. DOI. 10.1037/a0024286. Disponível em: <<https://www.apa.org/pubs/journals/releases/psp-101-3-579.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

SWINBURN, B. A. et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **Lancet**, Londres, v. 378, n. 9793, p. 804-814, ago. 2011. DOI. 10.1016/S0140-6736(11)60813-1. Disponível em: <<https://www.nccor.org/annualreport2013/downloads/obesity-1.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting Obesogenic Environments: The Development And Application Of A Framework For Identifying And Prioritizing Environmental Interventions For Obesity. **Prevent Med**, Amsterdam, v. 29, n. 6, p. 563-570, dez. 1999. DOI. 10.1006/pmed.1999.0585. Disponível

em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743599905856?via%3Dihub>>. Acesso em: 01 de agosto de 2018.

TAE, B. et al. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímicos e na qualidade de vida. **Rev col bras cirur**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 155-160, maio/jun. 2014. DOI. 10.1590/S0100-69912014000300004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912014000300155&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 01 jul. 2019.

TAVARES, M. Validade Clínica. **Psico-USF**, Itatiba, v.8, n.2, p.125-136, jul./dez. 2003. DOI. 10.1590/S1413-82712003000200004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-82712003000200004>. Acesso em: 22 nov. 2017.

TERRACCIANO, A. et al. Are personality traits associated with White coat and masked hypertension? **J Hypertens**, Londres, v. 32, n. 10, p. 1987-1992, out. 2014. DOI. 10.1097/HJH.0000000000000289. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25186529>>. Acesso em: 23 maio 2019.

VAN STRIEN, T. et al. Parenting quality in infancy and emotional eating in adolescence: mediation through emotion suppression and alexithymia. **Appetite**, Birmingham, v. 141, out. 2019. DOI. 10.1016/j.appet.2019.104339. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666319303770?via%3Dihub>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

VON FRANZ, M.L.; HILLMAN, J. **A Tipologia de Jung**. 7 ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

WALCZAK, S.; BORKAN, G. L. Personality type effects on perceptions of online credit card payment services. **Jtheor appl electron commer res**, Curicó, v. 11, n. 1, p. 67-83, jan. 2016. DOI. 10.4067/S0718-18762016000100005. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/jtaer/v11n1/art05.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic – WHO technical report series 894. Geneva, 2000. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>. Acesso em: 06 dez. 2018.

_____. Obesity and overweight. 16 fev. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 26 set. 2018.

WOODMAN, M. **A coruja era filha do padeiro: obesidade, anorexia nervosa e o feminino reprimido**. São Paulo: Cultrix, 2001.

_____. **O vício da perfeição: compreendendo a relação entre distúrbios alimentares e desenvolvimento psíquico**. São Paulo: Summus, 2002.

XIE, H.; DOHERTY, L.; O'BOYLE, C. The Positive Impact of Bariatric Surgery on Sleep. **Irish Medical Journal – IMJ**, Dublin, v.109, n.1, p. 328-330, jan. 2016. Disponível

em:<<https://pdfs.semanticscholar.org/3a99/c34d2741dc56234f49cf1968e47cdb724c3e.pdf#page=8>>. Acesso em: 31 de março de 2019.

ZEVE, J.L. de M.; NOVAIS, P.O.; OLIVEIRA JÚNIOR, N. de. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 132-140, jul./dez. 2012. DOI. 10.15448/1983-652X.2012.2.10966. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/10966/8206>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

ZITKUS, B. S. The relationship among registered nurses' weight status, weight loss regimens, and successful or unsuccessful weight loss. **J Am Acad Nurse Pract**, Austin, v. 23, n. 2, p. 110-116, fev. 2011. DOI. 10.1111/j.1745-7599.2010.00583.x. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2010.00583.x/full>>. Acesso em: 21 maio 2018.

APÊNDICE 1

PROTOCOLO DE ENTREVISTAS PARA OS GRUPOS PARTICIPANTES NA PESQUISA

1. PROTOCOLO PSICOLÓGICO PARA ENTREVISTA CLÍNICA – GRUPO 01 - CIRÚRGIO

Dados de Identificação		Prontuário interno nº _____	Data: ____/____/____
Nome: _____		Reg. _____	
HC: _____	Data de Nascimento: ____/____/____		Estado _____
Idade: _____			
Civil: _____			
Escolaridade: _____			
Ocupação: _____			
Contatos: () _____		Email: _____	Recados: () _____
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____			
Peso pré	cx: _____	Altura: _____	IMC: _____ Data da cirurgia: _____
Peso pós	cx: _____	Altura: _____	MC: _____ Tempo de cirurgia: _____

Investigação:

() MBTI () BES () Entrevistas clínica () TCLEs
 () C-SSRS () outros

Observações durante a entrevista:

Encaminhamentos:

Retorno Estudo da Obesidade: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Conduta Clínica:

Dados de Identificação	Prontuário interno nº _____	Data: ____/____/____
Nome: _____	Reg. HC: _____	
Idade: _____	Data de Nascimento: ____/____/____	Estado Civil: _____
Escolaridade: _____	Ocupação: _____	
Contatos: () _____	Email: _____	Recados: () _____
Endereço: _____	Bairro: _____	Cidade: _____
Peso pré cx: _____	Altura: _____	IMC: _____
Peso pós cx: _____	Altura: _____	MC: _____
Entrevistadora: _____	Tempo de cirurgia: _____	Técnica: _____

1. Histórico da Obesidade

Data de Início da Obesidade: () Infância () Adolescência () Vida Adulto
Fator Desencadeante: () Adolescência () Casamento () Gestações () Cessação Tabagismo
 () Cessação atividade física () Emocional () Uso de Medicamentos () Outros _____
Tratamentos Anteriores a cirurgia: () Sim () Não Duração: _____
 () Dietas () Dietas + AF () Medicamento + Dieta + AF () Apenas Medicamentos
 Medicamentos na época: _____
Obesidade Familiar: () Sim () materno () paterno () não _____

2. Hábitos de Vida

Tabagismo: () Atual Quantidade dia _____ () Anterior Quando parou(anos) : _____
Etilismo-álcool : () Sim () Não Frequência semanal: _____ Qtidade(nº lata, dose ml) : _____
 Uso de outras substâncias: _____
Atividade Física: () Sim () Não
 () Regular () Irregular
 Tipo: _____ Frequência: _____
Motivo pela Cirurgia Bariátrica? () Saúde () Estética () Autoestima () Qualidade de vida
 () outros: _____
Você identifica Consequências negativas na sua vida decorrente do seu peso? () Sim () Não
 Especifique: _____

alguma vez o seu peso o (a) impediu de fazer algo? () Sim () Não
 Especifique: _____

3. Comportamento Alimentar (nos últimos 3 meses)

Considerando os hábitos alimentares rotineiros nos últimos 3 meses você classificaria sua alimentação como

() Regular - com um padrão ou ritual de horários e sem perda de controle () Irregular – com exageros (hiperfagia e descontrole)

De acordo com seus hábitos alimentares rotineiros e diários, você classificaria seu comportamento alimentar em:

() Perfil Beliscador - durante todo dia em pequenas porções
 () Compulsão Alimentar – grandes quantidades de comida num período curto de tempo, comparada a outras pessoas
 () Comedor noturno - aumento da ingestão no período de final
 () Bulímico – necessidade de vomitar após as refeições
 () comedor final de semana - quantidade muito maior do que na rotina semanal

O que propicia aumento da ingestão calórica: () Fatores emocionais/ansiedade () Ambiente de trabalho
 () Fatores conjuguais () fome () outros, qual? _____

Como é sua mastigação: () Muito Rápido () Rápido () Lento

Episódios de Vômitos: () não tem () automático/involuntários () induzidos/provocados

Costuma comer escondido: () Sim () Não,

Porque? _____

Tem algum problema de saúde: () Sim () Não

Qual? _____

Tem Histórico de: () Depressão () Transtorno mental () Hipertireoidismo () Hipotireoidismo () Diabetes
 () Insuficiência Cardíaca () Pressão Alta () Insuficiência hepática () Convulsão () Insuficiência renal
 () outros

Especifique: _____

Tem Hábito de beber ou usar drogas: () Sim () Não

Frequência: _____

Alteração de Humor x Apetite. Na maioria das vezes, quando percebe-se chateada, triste ou instável emocionalmente, você percebe seu apetite:

() não altera () Altera para menos () Altera para mais () não consegue associar

4. Qualidade de vida

Disposição Sexual: () Não tem () satisfatória () não satisfatória

Qualidade sexual: () aumentou depois da cirurgia () diminuiu após a cirurgia

Relacionamento Familiar: () Não tem () satisfatória () não satisfatória

Disposição para o trabalho: () Não tem () satisfatória () não satisfatória

Capacidade para se relacionar socialmente: () Não tem () satisfatória () não satisfatória

Relação amorosa: () Não tem () satisfatória () não satisfatória

5. Auto Imagem

Como se sente em relação a sua aparência física: () satisfatória () não satisfatória

Como esta sua Autoestima: () Baixa () Regular () Alta

Como se vê hoje: () Grande () Pequena () Normal

6. Motivação Atual

Grau de motivação para o tratamento:

() Motivado () Pouco motivado () Nada motivado

Qual o peso Ideal? _____

7. Dados Psicossociais

Representação paterna:

() Ausente () Rígido () Passivo () Afetivo () Líder () Agressivo

Representação Materna:

() Ausente () Rígido () Passivo () Afetivo () Líder () Agressivo

() solteira () casada antes da cx () casada após cx () divorciada antes da cx () divorciada depois da cx

Gestação pós cirurgia () Sim () Não - época da gestação pós cirurgia _____

Número de filhos: _____ () sexo masculino () sexo feminino

Escolaridade: () sem () ensino fundamental () ensino médio completo () superior incompleto () superior completo () pós

**1. PROTOCOLO PSICOLÓGICO PARA ENTREVISTA CLÍNICA – GRUPO 2.
CLÍNICO/CONTROLE.**

<p>Dados de Identificação</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Nome: _____</p> <p>Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____</p> <p>Escolaridade: _____ Ocupação: _____</p> <p>Contatos: () _____ Email: _____ Recados: () _____</p> <p>Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____</p> <p>Peso pré cx: _____ Altura: _____ IMC: _____ Data da cirurgia: _____</p> <p>Peso pós cx: _____ Altura: _____ MC: _____ Tempo de cirurgia: _____</p> <p>Técnica: _____</p> <p>Entrevistadora: _____</p>	<p>Prontuário interno nº _____</p> <p>Reg. HC: _____</p>
--	--

investigação:

- () MBTI () BES () Entrevistas clínica () TCLEs
- () C-SSRS () outros

Observações durante a entrevista:

Encaminhamentos:

Retorno Estudo da Obesidade: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Conduta Clínica:

1. Histórico da Obesidade

Data de Início da Obesidade: () Infância () Adolescência () Vida Adulto

Fator Desencadeante: () Adolescência () Casamento () Gestações () Cessação Tabagismo

() Cessação atividade física () Emocional () Uso de Medicamentos () Outros _____

Tratamentos Anteriores: () Sim () Não Duração: _____

() Dietas () Dietas + AF () Medicamento + Dieta + AF () Apenas Medicamentos

Medicamentos na época: _____

Obesidade Familiar: () Sim () materno () paterno () não _____

2. Hábitos de Vida

Tabagismo: () Atual Quantidade dia _____ () Anterior Quando parou(anos) : _____

Etilismo-álcool: () Sim () Não Frequência semanal: _____ Qtidade(nº lata, dose ml) : _____

Uso de outras substâncias: _____

Atividade Física: () Sim () Não

() Regular () Irregular

Tipo: _____ Frequência: _____

Motivo para tratamento clínico da obesidade: () Saúde () Estética () Autoestima () Qualidade de vida

() outros: _____

Você identifica Consequências negativas na sua vida decorrente do seu peso? () Sim () Não

Especifique: _____

alguma vez o seu peso o (a) impediu de fazer algo? () Sim () Não

Especifique: _____

3. Comportamento Alimentar (nos últimos 3 meses)

Considerando os hábitos alimentares rotineiros nos últimos 3 meses você classificaria sua alimentação como

() Regular - com um padrão ou ritual de horários e sem perda de controle () Irregular – com exageros (hiperfagia e descontrole)

De acordo com seus hábitos alimentares rotineiros e diários, você classificaria seu comportamento alimentar em:

() Perfil Beliscador - durante todo dia em pequenas porções

() Compulsão Alimentar – grandes quantidades de comida num período curto de tempo, comparada a outras pessoas

() Comedor noturno - aumento da ingesta no período de final

() Bulímico – necessidade de vomitar após as refeições

() comedor final de semana - quantidade muito maior do que na rotina semanal

O que propicia aumento da ingesta calórica: () Fatores emocionais/ansiedade () Ambiente de trabalho

() Fatores conjuguais () fome () outros, qual? _____

Como é sua mastigação: () Muito Rápido () Rápido () Lento

Episódios de Vômitos: () não tem () automático/involuntários () induzidos/provocados

Costuma comer escondido: () Sim () Não,

Porque? _____

Tem algum problema de saúde: () Sim () Não

Qual? _____

Tem Histórico de: () Depressão () Transtorno mental () Hipertireoidismo () Hipotireoidismo () Diabetes

() Insuficiência Cardíaca () Pressão Alta () Insuficiência hepática () Convulsão () Insuficiência renal

() outros

Especifique: _____

Tem Hábito de beber ou usar drogas: () Sim () Não

Frequência: _____

Alteração de Humor x Apetite. Na maioria das vezes, quando instável emocionalmente, você percebe seu apetite:

() não altera () Altera para menos () Altera para mais () não consegue associar

4. Qualidade de vida

Disposição Sexual: () Não tem () satisfatória () não satisfatória

Qualidade sexual: () alterou depois de engravidar () alterou depois de emagrecer

Relacionamento Familiar: () Não tem () satisfatória () não satisfatória

Disposição para o trabalho: () Não tem () satisfatória () não satisfatória

Capacidade para se relacionar socialmente: () Não tem () satisfatória () não satisfatória

Relação amorosa: () Não tem () satisfatória () não satisfatória

5. Auto Imagem

Como se sente em relação a sua aparência física: ()satisfatória ()não satisfatória

Como esta sua Autoestima: ()Baixa ()Regular () Alta

Como se vê hoje: ()Grande ()Pequena ()Normal

6. Motivação Atual

Grau de motivação para o tratamento:

()Motivado ()Pouco motivado ()Nada motivado

Qual o peso Ideal? _____

7. Dados Psicossociais

Representação paterna:

()Ausente ()Rígido ()Passivo ()Afetivo ()Lider ()Agressivo

Representação Materna:

()Ausente ()Rígido ()Passivo ()Afetivo ()Lider ()Agressivo

() solteira () casada antes da cx () casada após cx () divorciada antes da cx () divorciada depois da cx

Gestação () Sim () Não - peso na época da gestação _____

Número de filhos: _____ () sexo masculino () sexo feminino

Escolaridade: () sem () ensino fundamental () ensino médio completo () superior incompleto () superior completo () pós .

2. PROTOCOLO PSICOLÓGICO PARA ENTREVISTA CLÍNICA – ABERTA.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		DATA: __/__/__
Nome: _____	Registro Hc: _____	
Idade: ____.	Data de nascimento: __/__/__	Estado civil: _____
Escolaridade: _____		Ocupação: _____

ORIENTAÇÕES: Irei te fazer algumas perguntas e preciso que você diga o que vier a sua cabeça, não se preocupe com a resposta, aqui não tem uma resposta certa ou errada porque tudo o que dizer é importante.

DADOS COMPREENSIVOS:

No tratamento clínico, o que significa sucesso para você?

No seu caso, considera ter sido um sucesso? ()SIM ()NÃO. Qual o peso que precisa para ser um sucesso e Porquê:

Para você, atualmente o comer significa:

Para você, o comer em momentos de instabilidade emocional, ou seja comer quando não está bem emocionalmente, significa:

Para você, o que significa estar bem?

Diga uma palavra que te represente antes de emagrecer, quando está com peso aumentado:

Diga uma palavra que te represente depois que emagrecer, quando está com peso melhor:

QUESTIONÁRIO SOBRE O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARRO

Nome: _____

Data da aplicação: ____/____/____

Estudo: **Protocolo Psicológico para Entrevista Clínica**

Investigadora Principal: Maria do Desterro de Figueiredo

Grupo: ____

USO DE CIGARRO

☐ SIM/ há quanto tempo ____/unidades/dia ____

☐ NÃO

☐ EX-USUÁRIO/ usou por ____ anos/ parou há ____

Quantidade, maço ____

Unidade/dia ____

USO DE BEBIDAS

☐ SIM

☐ NÃO

☐ LEVE (menos que 2 doses/dia)

☐ MODERADO (de 2 a 4 doses/dia)

☐ SEVERO (mais que 4 doses/dia)

☐ EX-USUÁRIO/ quanto tempo ____/época que parou ____

PARÂMETROS DE TEOR ALCOÓLICO E CONSUMO DE RISCO DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS SUGERIDOS PELA OMS

OBS:UMA DOSE DE ÁLCOOL CONTÉM:

<i>Cálculo da Dose-Equivalente de Álcool de uma Bebida</i>					
BEBIDA	MI	T.A.	VOLUME (ml)	g ÁLCOOL	DOSE
Vinho tinto	150	12	18	14,4	1
Cerveja (lata)	350	5	17,5	14	1
Destilada	40	40	16	12,8	1

LEGENDA: T.A.=teor alcoólico (%); VOLUME=(volume em ml x T.A.)/100;

g ÁLCOOL=VOLUME x 0,8 ou a densidade do álcool; DOSE=14 g

<i>Consumo</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>
Baixo risco	1 a 40g	1 a 20g
Médio risco	41 a 60g	21 a 40g
Alto risco	61 a 100g	41 a 60g
Grave risco	Acima de 101g	Acima de 61g

CRITÉRIOS PARA O RISCO DE CONSUMO DE ÁLCOOL, USO DIÁRIO (OMS)

APÊNDICE 2

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	GRUPO CIRÚRGICO 60 (100%)	GRUPO CLÍNICO 60 (100%)	TOTAL 120 (100%)
ESCOLARIDADE			
Ensino fundamental completo	18 (30%)	24 (40%)	42 (35%)
Ensino médio completo	27 (45%)	24 (40%)	51 (42,5%)
Ensino superior completo	15 (25%)	12; (20%)	27 (22,5%)
ESTADO CIVIL			
Casada	32 (53,3%)	24 (40%)	56 (46,7%) ^a
Divorciada	15 (25%)	12 (20%)	17 (14,1%)
Solteira	13 (21,7%)	2 (3,3%)	47 (39,2%)

^a $p < 0,05$

Teste Exato de Fisher

APÊNDICE 3

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ENTRE OS GRUPOS DAS PARTICIPANTES.

VARIÁVEIS	GRUPO CIRÚRGICO (60) 100%	GRUPO CLÍNICO (60) 100%	TOTAL (120) 100%
AUTOESTIMA			
Alta	27 (45%) ^a	6 (10%)	33 (27,5%)
Regular	18 (30%)	27 (45%)	45 (37,5%)
Baixa	15 (25%)	27 (45%)	42 (35%)
PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL			
Grande	29 (48,3%)	43 (71,7%) ^a	72 (60%)
Pequena/Normal	31 (51,7%)	17 (28,3%)	48 (40%)
COMO SE SENTE EM RELAÇÃO À APARÊNCIA FÍSICA			
Satisfeita	28 (46,7%)	13 (21,7%)	41 (34,2%)
Não Satisfeita	32 (53,3%)	47 (78,3%) ^a	79 (65,8%)
ALGUMA VEZ O PESO TE IMPEDIU DE FAZER ALGO			
Sim	40 (66,7%)	33 (55%)	73 (60,8%)
Não	20 (33,3%)	27 (24%)	47 (39,2%)
DISPOSIÇÃO SEXUAL			
Satisfatória	2 (3,3%)	3 (5%)	5 (4,2%)
Não Satisfatória	52 (86,7%)	50 (83,3%)	102 (85%)
Não tem	6 (10%)	7 (11,7%)	13 (10,8%)

^a p < 0,05

APÊNDICE 4

TABELA 4. DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE E HABITOS DE VIDA DAS PARTICIPANTES.

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>GRUPO CIRÚRGICO (60)</i>	<i>GRUPO CLÍNICO (60)</i>	<i>TOTAL (120)</i>
INÍCIO DE OBESIDADE			
Infância	23 ^a (38,33%)	13 (21,66%)	36 (30%)
Adolescência	14 (23,33%) ^a	9 (15%)	23 (19,16%)
Vida Adulta	23 (38,33%)	38 (63,33%) ^a	61 (50,83%)
FATOR DESENCADEAMENTO DO AUMENTO DE PESO			
Casamento	6 (10%)	5 (8,33%)	11 (9,16%)
Emocional	5 (8,33%)	21 (35%) ^a	26 (21,66%)
Gestação	25 (20,83%)	19 (31,66%)	44 (36,66%)
Medicamentos	5 (8,33%)	5 (8,33%)	10 (8,33%)
Outros	19 (31,66%)	10 (16,66%)	29 (24,16%)
OBESIDADE NA FAMÍLIA			
Sim	47 (78,33%)	43 (71,66%)	90 (75%)
Não	13 (21,66%)	17 (28,33%)	30 (25%)
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA			
Sim	33 (55%)	21 (35%)	54 (45%)
Não	27 (45%)	39 (65%)	66 (55%)
TABAGISMO			
Sim	12 (20%)	7 (11,66%)	19 (15,83)
Não	48 (80%)	53 (88,33%)	101 (84,16%)
USO DE BEBIDA ALCOÓLICA			
Sim	8 (13,33%)	2 (3,33%)	10 (8,33%)
Não	52 (86,66%)	58 (96,66%)	110 (91,66%)

^a p< 0,05

APÊNDICE 5

VALOR DE SIGNIFICÂNCIA DA COMPARAÇÃO DOS PERFIS ISFJ E ESFJ NO GRUPO CIRÚRGICO

VARIÁVEIS	VALOR-P
HÁBITOS ALIMENTARES	0.0021
QUALIDADE SEXUAL	0.0419
COMPORTAMENTO SUICIDA NA VIDA	0.0209
IDEAÇÃO SUICIDA NA VIDA	0.1322
PERFIL ALIMENTAR	0.1358
REPRESENTAÇÃO PATERNA	0.1812
REPRESENTAÇÃO MATERNA	0.1965
IDEAÇÃO SUICIDA NOS ULTIMOS MESES	0.2146
MASTIGAÇÃO	0.2334
INTOLERÂNCIA A ALIMENTOS	0.2679
INÍCIO DA OBESIDADE	0.2778
EPISÓDIOS DE VÔMITOS	0.2808
AUTOESTIMA	0.3344
OBESIDADE FAMILIAR	0.3717
O QUE PROPICIA A MAIOR INGESTAO DE ALIMENTO	0.3738
ALTERACAO HUMOR X APETITE	0.4063
IMPEDIMENTO DE REALIZAR ALGO DEVIDO PESO	0.4189
INGESTAO	0.4253
PRATICA ATIVIDADE FÍSICA	0.4425
QUALIDADE ATIVIDADE FISICA	0.4664
GESTAÇÃO PÓS CIRURGIA	0.6111
COMO SE VÊ	0.6994
ESCOLARIDADE	0.7713
FATOR DESENCADEANTE DO AUMENTO DE PESO	0.8074
COMER ESCONDIDO	1
HÁBITO DE BEBER	1
SENTIMENTOS EM RELAÇÃO A APARÊNCIA FÍSICA	1
DADOS PSICOSSOCIAIS	1

APÊNDICE 6

VALOR DE SIGNIFICÂNCIA DA COMPARAÇÃO DOS DOS PERFIS ISFJ E ESFJ NO GRUPO CLÍNICO

VARIÁVEIS	VALOR-P
DADOS PSICOSSOCIAIS	0.0086
COMPORTAMENTO SUICIDA NA VIDA	0.022
COMER ESCONDIDO	0.134
EPISÓDIOS DE VÔMITOS	0.0695
IMPEDIMENTO DE REALIZAR ALGO DEVIDO PESO	0.0922
IDEAÇÃO SUICIDA NA VIDA	0.0966
DISPOSIÇÃO SEXUAL	0.1778
OBESIDADE FAMILIAR	0.2825
REPRESENTAÇÃO MATERNA	0.4062
SENTIMENTOS EM RELAÇÃO A APARÊNCIA FÍSICA	0.4193
IDEAÇÃO SUICIDA NOS ÚLTIMOS MESES	0.4193
HÁBITO DE BEBER	0.4286
INÍCIO DA OBESIDADE	0.4291
PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA	0.481
FATOR DESENCADEANTE DO AUMENTO DE PESO	0.4861
ESCOLARIDADE	0.5997
O QUE PROPICIA A MAIOR INGESTÃO DE ALIMENTO?	0.619
INGESTÃO	0.619
MASTIGAÇÃO	0.7003
ALTERAÇÃO HUMOR X APETITE	0.7425
AUTOESTIMA	0.8151
COMO SE VÊ?	0.8668
TEM HISTÓRICO CLÍNICO	0.9767
REPRESENTAÇÃO PATERNA	0.988
TABAGISMO	1
ATIVIDADE FÍSICA	1
HÁBITOS ALIMENTARES	1
PERFIL ALIMENTAR	1
QUALIDADE SEXUAL	1

APÊNDICE 7

MEDIDAS DESCRITIVAS E VALOR-P DA VARIÁVEL IMC SEGUNDO AS COVARIÁVEIS PARA DIFERENÇA DE MÉDIAS DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DO GRUPO CIRÚRGICO.

Variáveis	Níveis	1ª Categoria	2ª Categoria	3ª Categoria
		Média	Média	Média
Como se vê?	Pequena, normal, grande	25.25±4.33	30.96±5.21	33.93±4.32 ^a
Início obesidade	Infância , adolescência, adulto	33.95±5.15 ^a	30.14±6.43	29.23±4.58
Autoestima	Baixa, regular , alta	32.62±6.64	33.19±4.35 ^a	29.2±5.23
Humor x apetite	Altera para mais , altera para menos, Não altera	32.95±5.52 ^a	31.35±5.08	28.56±5.52
Perfil alimentar	Beliscador, Comedor noturno , compulsão alimentar	31.12±5.29	39.47± ^a	31.11±6.05
Episódios de vômitos	Induzido, involuntário, Não tem	31.72±4.01	29.17±6.13	32.8±5.43
Mastigação	Lento, regular, rápido	30.03±5.38	32.54±4.72	32.28±5.92
Disposição sexual	Não satisfatória, Não tem, satisfatória	31.52±5.7	29.84±4.71	28.61±7.89
Dados psicossociais	Casada, divorciada, solteira	31.62±5.5	30.41±5.28	31.33±6.57
Escolaridade	Até ens.fund, Até 2º grau, Até superior	31.37±5.96	31.62±5.22	30.45±6.18

^a p< 0,05

APÊNDICE 8

IMC DO GRUPO CIRÚRGICO E DO GRUPO CLÍNICO DA AMOSTRA

IMC GRUPO CIRÚRGICO		IMC GRUPO CLÍNICO	
19,3	32,0	24,6	35,4
20,4	32,0	27,5	35,8
21,2	32,0	29,0	36,3
21,5	32,2	29,3	36,5
22,2	33,0	29,4	36,6
22,6	33,1	29,8	37,0
22,9	33,1	30,1	37,1
23,0	33,2	30,7	37,5
23,8	33,6	30,8	37,9
24,1	33,7	30,8	38,0
24,4	34,0	31,2	38,1
26,4	34,2	31,6	38,7
26,5	34,2	32,4	38,8
27,0	34,6	32,4	38,9
27,3	34,6	32,4	39,4
28,5	34,9	32,5	39,5
28,6	34,9	32,5	41,1
28,9	35,0	32,7	41,1
29,7	35,5	33,0	41,4
30,1	36,2	33,2	42,1
30,1	37,2	33,5	42,7
30,3	37,2	33,7	43,1
30,4	37,4	33,9	43,5
30,7	37,8	34,2	43,9
30,9	38,0	34,4	44,8
31,1	38,7	34,6	46,7
31,2	39,3	34,7	47,8
31,3	39,5	34,8	51,7
31,6	41,1	34,8	53,9
31,8	45,7	35,3	53,9

APÊNDICE 9

Artigo1: O Complexo Cultural e o Complexo do Comer: um estudo com mulheres obesas. Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies. Submissão do manuscrito em 02 de maio de 2019 e aceite em 08 de novembro de 2019.

Fwd: [RAG] Agradecimento pela Submissão

1 mensagem

Maria do Desterro Figueiredo <mariadisterro@gmail.com>
Para: Thalita de Moraes Gonçalves <thalitademoraesg@gmail.com>

5 de julho de 2019 12:02

----- Forwarded message -----

De: **ADRIANO FURTADO HOLANDA** <noreply.ojs@scielo.org>
Date: qui, 2 de mai de 2019 às 16:09
Subject: [RAG] Agradecimento pela Submissão
To: MARIA MARIA DO DESTERRO DE FIGUEIREDO <mariadisterro@gmail.com>

MARIA MARIA DO DESTERRO DE FIGUEIREDO,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "O COMPLEXO CULTURAL E O COMPLEXO DO COMER: UM ESTUDO COM MULHERES OBESAS" para Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:
<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rag/author/submission/18151>
Login: luiza04_doc

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

ADRIANO FURTADO HOLANDA
Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies
Phenomenological Studies: Revista da Abordagem Gestáltica
<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rag>

--

Maria D. Figueiredo

Psicologia e Pesquisa Clínica/Professora Universitária FAE
Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade - HCUSP
Mestre em Medicina Interna - UFPR
Doutoranda em Medicina Interna - UFPR
041-32441633/99881001

**O COMPLEXO CULTURAL E O COMPLEXO DO COMER: UM
ESTUDO COM MULHERES OBESAS**

***THE CULTURAL COMPLEX AND THE COMPLEX OF EATING: A STUDY
WITH OBESE WOMEN***

***EL COMPLEJO CULTURAL Y EL COMPLEJO DE COMER: UN ESTUDIO
CON MUJERES OBESAS***

(RELATO DE PESQUISA)

RESUMO

A obesidade é considerada um problema epidêmico, que acarreta graves prejuízos na saúde física e emocional dos indivíduos. Em busca de investigar os fenômenos psicológicos e culturais envolvidos na obesidade, propõe-se uma visão compreensiva-simbólica dos discursos de mulheres obesas pacientes de um Hospital Geral em Curitiba-Pr. O estudo baseou-se em constructos teóricos como: a Teoria dos Complexos para Jung, o Inconsciente Cultural para Henderson, o Complexo Cultural para Singer e Kimbles. A partir desses visa-se propor um novo constructo teórico: o Complexo do Comer, que é representado pelas experiências vinculadas ao tema alimentação, e relacioná-lo com o Complexo Cultural. Observa-se, a partir dos discursos, que ambos os Complexos expressam-se, paradoxalmente, a forma de incorporar ideias inconscientes de um corpo ideal, que repousam em uma imagem arquetípica da fome e da falta. Num contexto da saúde, esta falta marca a necessidade de um “preencher” que muitas vezes se faz excessivo e desnaturado, a qual deve ser considerada no tratamento multidisciplinar da obesidade, por meio de estratégias terapêuticas que contemplem essa realidade e a visão de totalidade psíquica.

Palavras-chave: *Complexo; Cultura; Comer; Obesidade; Mulheres; Psicologia Junguiana.*

ABSTRACT

Obesity is considered an epidemic problem, which causes serious damage to the physical and emotional health of individuals. In order to investigate the psychological and cultural phenomena involved in obesity, we propose a comprehensive and symbolic view of the discourses of obese women, patients from a General Hospital in Curitiba-Pr. The study was based on theoretical constructs such as: Jung's Complex Theory, Henderson's Cultural Unconscious, Singer and Kimbles' Cultural Complex. From these theories, it is aimed to propose a new theoretical construct: the Eating Complex, which is represented by experiences related to the theme of food, and relate it to the Cultural Complex. It is observed from the discourses that both Complexes paradoxically express themselves in a way to incorporate unconscious ideas of an ideal body, that rests in an archetypal image of hunger and lack. In a context of health, this lack marks the need for a "filling" that is often excessive and denatured, which should be considered in the multidisciplinary treatment of obesity, through therapeutic strategies that contemplate this reality and the vision of psyche totality.

Key words: *Complex; Culture; Eating; Obesity; Women; Jungian Theory.*

RESUMEN

La obesidad es considerada un problema epidémico, que acarrea graves perjuicios en la salud física y emocional de los individuos. En busca de investigar los fenómenos psicológicos y culturales involucrados en la obesidad, se propone una visión comprensiva-simbólica de los discursos de mujeres obesas pacientes de un Hospital General en Curitiba-Pr. El estudio se basó en constructos teóricos como: la Teoría de los Complejos para Jung, el Inconsciente Cultural para Henderson, el Complejo Cultural para Singer y Kimbles. A partir de estos se pretende proponer un nuevo constructo teórico: el Complejo del Comer, que es representado por las experiencias vinculadas al tema alimentación, y relacionarlo con el Complejo Cultural. Se observa, a partir de los discursos, que ambos Complejos se expresan paradójicamente la forma de incorporar ideas inconscientes de un cuerpo ideal, que reposan en una imagen arquetípica del hambre y de la falta. En un contexto de la salud, esta falta marca la necesidad de un "relleno" que muchas veces se hace excesivo y desnaturalizado, la cual debe ser considerada en el tratamiento multidisciplinario de la obesidad, a través de estrategias terapéuticas que contemplen esa realidad y la visión de totalidad psíquica.

Palabras-clave: *Complejo; Cultura; Comer; Obesidad; Mujeres; Teoría Junguiana.*

Figura 1. A criança morta de Cândido Portinari.



Fonte: <https://masp.org.br/acervo/obra/crianca-morta> (acesso em: 25 de março de 2019)

Introdução

It has been written somewhere that 'to depart is to die a little'. Dali Says that, without any doubt, to eat - especially gastronomical repasts - is always 'to die a lot'". (Dalí, 2016)

O estudo da cultura e seus efeitos na psique tem se mostrado de grande relevância em meio às evoluções tecnológicas e científicas, que são perpassadas por crises sociais e culturais. As teorias que englobam a Cultura, na Psicologia Analítica, se propoem em vários momentos a compreender essas crises a partir de conceitos dado por Carl Gustav Jung. Neste cenário, Joseph Henderson (1984) - aluno de Jung, define quatro atitudes culturais: a social, a religiosa, a estética e a filosófica que são propagadas com o objetivo de manter um código ético dentro de uma cultura específica. Já Kimbles (2000) e Singer e Kimbles (2004), tentam desvendar as guerras e rivalidades entre as culturas a partir do estudo da Psique. Ramos (2004), por sua vez, focaliza seu estudo no Brasil, com os questionamentos acerca da Corrupção e do Complexo Cultural brasileiro e Araújo (2002), desvenda a questão da diversidade étnica por meio do

estudo do inconsciente cultural. Já na esfera sobre a cultura e o fenômeno do comer, Woodman (2002), estuda a questão da obesidade no gênero feminino e suas implicações sociais.

Esse trabalho propõe o estudo do Complexo Cultural e do Complexo do Comer e suas expressões no comportamento alimentar, assim como a relação da mulher obesa com seu corpo. Para tanto se faz necessário uma trajetória teórica que contemple as esferas do Inconsciente Cultural, dos Complexos e do Complexo Cultural como influenciadores do Complexo do Comer.

Jung reconhece a importância e a necessidade do estudo acerca do comportamento grupal. “O neurótico é apenas um caso específico de pessoa humana em conflito consigo mesma, tentando conciliar, dentro de si, natureza e cultura.” (Jung, 2011c, §16). Entretanto, ao estudar as manifestações coletivas, o autor atribui essas ações a níveis arquetípicos² da psique. Para Kimbles (2000) e Singer e Kimbles (2004), a noção junguiana acerca do coletivo é influenciado pelas esferas individuais do sujeito como o inconsciente individual e também o inconsciente coletivo, como representante do nível arquetípico.

Por sua vez, em uma perspectiva contemporânea da Psicologia Analítica, é conceituado o termo Complexo Cultural enquanto as manifestações individuais e grupais, influenciadas pela cultura e marcadas por um inconsciente cultural (Kimbles, 2000; Singer & Kimbles, 2004).

Esses constructos teóricos estão interligados a estudos e releituras da teoria de Jung, tais como a teoria dos Complexos, do Inconsciente Coletivo e dos Instintos. O conceito de Inconsciente Cultural, e.g., foi introduzido por Joseph Henderson em 1984, em sua obra *Cultural Attitudes in psychological perspective* (Araújo, 2002). Já o conceito de Complexo Cultural teve seu início nos anos 2000, com Singer e Kimbles, a partir de estudos dos conflitos grupais que aterrorizavam os EUA (Kimbles, 2000). Woodman (2002) traz o conceito de Complexo da Alimentação enquanto uma expressão dos conflitos psíquicos relacionados ao comer.

²O conceito de arquétipo, que constitui um correlato indispensável da idéia do inconsciente coletivo, indica a existência de determinadas formas na psique, que estão presentes em todo tempo e em todo lugar (Jung, 2011d, §89).

Desenvolvimento

Os Complexos na Psicologia Analítica

A fim de um estudo aprofundado sobre o Complexo Cultural e sua influência no Complexo do Comer na Cultura Brasileira, se faz necessário a conceituação de Complexos na Psicologia Analítica. Este conceito foi aplicado inicialmente por Carl Gustav Jung, em Burgholzli, entre 1904-1906 e publicado como *Estudos Diagnósticos das Associações*, realizados por meio das observações e constatações da relação dual entre corpo e psique em pacientes com as expressões sinestésicas advindas dos erros, demoras e desconcertos frente a algumas “palavras-estímulos” solicitadas por Jung em seus experimentos clínicos, o qual ficou conhecido como o modo de compreender os erros eventuais que o sujeito apresenta no instrumento Teste de Associação das Palavras (Jung, 2011a).

Os fatores psíquicos perturbatórios e suas manifestações na psique foram denominados de “complexos de acento emocional” e mais tarde, apenas de “complexos” (Jacobi, 1986). Por meio dos Complexos ampliou-se a compreensão de uma esfera psíquica preenchida de conteúdos ocultos e desconhecidos, carregados de intensa carga emocional. Por Complexo pode-se entender um agrupamento de representações mentais mantidas por uma vasta carga emocional, os quais se organizam a partir de experiências emocionais significativas do sujeito, constituído de portador de significado e, em torno de uma raiz ou núcleo arquetípico, sendo ainda, “a imagem de uma determinada situação psíquica de forte carga emocional e, além disso, incompatível com as disposições ou atitude habitual da consciência.” (Jung, 2011c, §201).

Os Complexos são elementos que ocorrem naturalmente no indivíduo que busca estruturar as respostas individuais a dados biológicos e as diversas situações arquetípicas da vida. Caracterizam-se como fator psíquico que supera o valor, em termos de energia, das intenções conscientes do sujeito e é dotada de certa autonomia que pode controlar condutas e comportamentos humanos (Jung, 2011c). Essa tonicidade ou força emocional é frisada pelo autor ao trazer que, “Hoje em dia todo mundo sabe que as pessoas ‘têm complexos’. Mas o que não é bem conhecido e, embora teoricamente seja de maior importância, é que os complexos podem nos ter” (Jung, 2011c, §200). Contudo, para o autor, com o uso da vontade é possível que o Complexo seja reprimido, mas nunca negado - uma vez que, “e na primeira ocasião favorável ele volta à tona com toda a sua força original.” (Jung, 2011c, §201). Esse fenômeno é explicado, quando há uma constelação, ou seja:

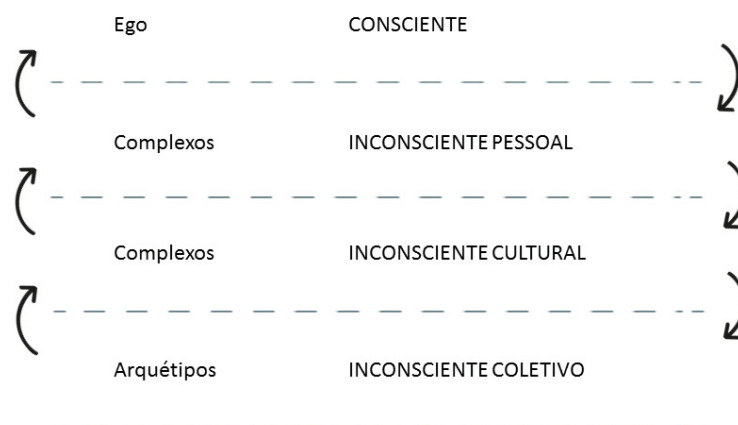
[...] *constelação*. Este termo exprime o fato de que a situação exterior desencadeia um processo psíquico que consiste na aglutinação e na atualização de

determinados conteúdos. A expressão "está constelado" indica que o indivíduo adotou uma atitude preparatória e de expectativa, com base na qual reagirá de forma inteiramente definida. A constelação é um processo automático que ninguém pode deter por vontade. Esses conteúdos constelados são determinados *complexos* que possuem energia específica própria (Jung, 2011c, § 198).

Inconsciente Cultural

A partir da ideia de Complexos de Jung, Singer e Kimbles (2004) definem Complexo Cultural como decorrente do Inconsciente Cultural em interação com a esfera individual e arquetípica da psique e o mundo. O Inconsciente Cultural, como conceituado por Joseph Henderson, está topologicamente situado entre o Inconsciente Coletivo e Inconsciente Pessoal (FIGURA 2), ou seja, há uma relação estreita entre o Inconsciente Cultural e os fatores arquetípicos (Araújo, 2002; Gozawa, 2009).

Figura 2. Disposição topológica do Inconsciente Cultural.



Fonte: Os autores (2019).

Gozawa (2009), descreve que o Inconsciente Cultural é apenas acessível se for além dos conteúdos individuais da Psique e faz-se necessário explorar as propensões culturais para a investigação daquele. O Inconsciente Cultural diz respeito à adaptação humana à sua existência e sua relação com os arquétipos. Kimbles (2014), retrata o Inconsciente Cultural como um sistema dinâmico de interações, o qual opera-se além do individual e perpassa com o senso de si próprio do indivíduo, permitindo sentimentos de pertença, alienação, identificação ou diferenciação do grupo (Kimbles, 2014).

Complexo Cultural

Uma vez conceituado o Inconsciente Cultural, é possível voltar-se ao Complexo Cultural. Singer e Kimbles (2004), relatam que o fato de Jung não considerar o nível cultural da Psique, é explicado devido às suas experiências negativas com o cultural (i.e. guerras, sonhos premonitórios sobre o destino da Europa). No entanto, Yakushko et al., (2016) expõem que os mitos e rituais, para Jung, foram tomados como produções culturais, e isso apontou a existência de um Inconsciente Coletivo, no pensamento Junguiano. Não obstante, Jung valoriza o indivíduo como um ser social e coletivo, trazendo o valor desse pensamento ao se referir a uma psique coletiva.

Aproximar-nos-emos mais da verdade se pensarmos que nossa psique consciente e pessoal repousa sobre a ampla base de uma disposição psíquica herdada e universal, cuja natureza é inconsciente; a relação da psique pessoal com a psique coletiva corresponde, mais ou menos, à relação do indivíduo com a sociedade. Do mesmo modo que o indivíduo não é apenas um ser singular e separado, mas também um ser social, a psique humana também não é algo de isolado e totalmente individual, mas também um fenômeno coletivo (Jung, 2011b, §234/ 235).

Autores (Kimbles, 2000; Singer & Kimbles, 2004; Gozawa, 2009) relatam o Complexo Cultural como uma terceira esfera da Psique. Por se tratar de conteúdos grupais inconscientes, este tem um funcionamento autônomo, resistente à consciência e é repetitivo. O Complexo Cultural tem característica bipolar, sendo uma parte dele identificada com o grupo e outra projetada a um terceiro (Singer e Kimbles, 2004).

Para Singer e Kimbles (2004), o Complexo Cultural opera tanto no Inconsciente Pessoal (psique pessoal), como no Inconsciente Coletivo (psique coletiva), sendo marcado por uma intensa emoção coletiva. Este tem uma relação dinâmica com o Inconsciente Coletivo, isto é, no núcleo do Complexo Cultural repousa um padrão arquetípico (Singer e Kimbles, 2004).

O produto do Complexo Cultural, de acordo com Singer e Kimbles (2004), é uma teia potente de histórias e emoções sobre o lugar de um grupo, ou nesse caso, de um indivíduo em relação ao mundo em que vive. Isto é exemplificado por Ramos (2004) ao escrever sobre o Complexo Cultural no Brasil em relação à corrupção. A autora explana que o fenômeno da corrupção está repousado em um Complexo Cultural de inferioridade, em há uma baixa autoestima constante e a não valorização da própria cultura.

Complexo do Comer

Alicerçados pela Teoria dos Complexos de Jung e a consideração de sua pertença a certas categorias, é possível pensar existir tantos complexos como situações arquetípicas na vida. Em paralelo e corroborando com as ideias já mencionadas por Woodman (2002) sobre o Complexo Alimentar, buscou-se neste estudo compreender a atuação de um complexo, enquanto fator psíquico, que representa e expressa a relação emocional com o comer no ser humano – O Complexo do Comer.

Woodman (2002), ao incluir a gordura como um sintoma psíquico, descreve o Complexo Alimentar como uma neurose, ou seja, como uma possibilidade de expressão das necessidades emocionais no indivíduo, as quais geralmente estão relacionadas com a dualidade mãe-filha. Para a autora, a obesidade pode ser a manifestação simbólica e visível desses complexos. Destaca que é necessária a conscientização da expressão psíquica para lidar de forma real e criativa com os impulsos inconscientes que estão por trás do alimento e, com isso, interromper a psicossomatização. Menciona que a “menina gorda” se torna refém do olhar da cultura. Culturalmente a gordura é visto como tabu e, nesta perspectiva, a mulher obesa sofre com as feridas do próprio ego feminino, sentindo-se rejeitada e isolada, socialmente, pelo falta do corpo atraente e feminino. De forma geral, mergulha em seu próprio mundo e compensa o que não viveu na realidade por meio das fantasias e atuações muitas vezes destrutivas.

A cultura endossa o valor do comer enquanto ato representativo e catalisador das emoções, podendo expressar sentimentos positivos e/ou negativos. Na obesa e em indivíduos com transtornos alimentares há a identificação do uso do alimento enquanto mediador das expressões, ficando esses aspectos claros nas idéias de Woodman (2002) ao postular que, “O alimento e a qualidade do alimento estão no centro de todas as comemorações. Partilhar de um alimento é fazer parte da festa, rejeitá-lo é ser deixado de fora da vida.” (p.29).

O Complexo do Comer está unido ao conceito da psiquificação dos instintos, mais propriamente o da fome (Jung, 2011c). O autor relata a existência de cinco instintos: Fome, Sexualidade, Criatividade, Reflexão e Atividade. Estes podem percorrer, nos seres humanos, pelo processo da psiquificação (Jung, 2011c), nos quais ao se ligarem à consciência, são transformados em outros fins que ultrapassam a esfera das necessidades fisiológicas. Com a transformação das necessidades psíquicas humanas, o instinto psiquificado da fome encontra outras formas de se relacionar com o alimento, permitindo significados e representações simbólicos ao ato alimentar.

O Complexo do Comer é entendido enquanto o fator psíquico que representa as mais diversas experiências do sujeito em torno do tema alimentação. Este estaria relacionado aos

comportamentos alimentares vivenciados, os quais podem ter associações, positivas ou negativas, experienciadas durante a infância ou mesmo na fase adulta. Ou seja, este complexo está relacionado as faltas e os excessos alimentares que perpassam as faltas e os excessos da vida, tais como os sentimentos, relações e percepções. O Complexo do Comer emocional se expressa no comportamento alimentar disfuncional geralmente em momentos de incertezas e conflitos emocionais que assaltam e tiram o controle alimentar consciente do sujeito.

Sobre o ponto de vista psicodinâmico, a obesidade, assim como os demais sintomas de ordem emocional no obeso, poderiam expressar os conflitos psíquicos (Woodman, 2001), envolvidos nessa experiência corpórea sustentado por um desejo de beleza e aceitação social. Paradoxalmente, a sociedade cobra grandes “tostões” de limites e ajustes, mas também cede e permite exageros calóricos aos “pobres corpos mortais”, sob condições de pesados juros a serem pagos por meio da culpa e dos rituais desnaturados, representados tanto pelas radicais dietas como pelas restrições calóricas.

Neste contexto, poderia-se pensar que a “Gor-Dura”, exposta no corpo obeso, estaria expressando a dificuldade de metabolizar os conflitos entre o que se busca e o que se tem? O “duro” neste cenário estaria, simbolicamente, representando a esfera do não digerido e absorvido do conteúdo psíquico. Teria então os “pobres corpos obesos” o trágico destino corpóreo a ser transformado pela misericórdia dos deuses? Ou teriam eles a ilusão prometida das revolucionárias técnicas cirúrgicas ou dos poderosos medicamentos como novos mitos que os levariam ao trono da beleza? São reflexões que se fazem pertinentes neste “cenário obesogênico”, que exige desconstruções e novos sentidos culturais.

Método

Esse artigo se refere a uma parte de um estudo maior voltado à pesquisa observacional e descritiva de 120 mulheres com histórico de obesidade em tratamento clínico e cirúrgico, no Hospital Geral em Curitiba-PR. Apresentou enfoque metodológico qualitativo dos dados clínicos e dos fenômenos psicológicos, expressos nos discursos das participantes. Todas as participantes foram devidamente informadas sobre os motivos e desenvolvimento do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi realizada de acordo com as normas contidas na resolução 196/96 do conselho nacional de Saúde do ministério da saúde e submetida às apreciações do comitê de ética da UFPR, aprovada com o parecer de número 59996016.9.0000.0096, do CAAE - Certificado de apresentação para apreciação ética. As análises dos discursos serão apresentadas de forma não sistematizada, considerando a expressão dos fenômenos nas participantes.

Para melhor autenticidade da linguagem junguiana buscou-se, para exemplificação dos conceitos originais as Obras Completas de Jung, fazer o uso dos parágrafos descritos pelo autor utilizando o símbolo §, ao invés de página.

O Discurso

O Inconsciente, na perspectiva junguiana, é somente possível de acessar através da consciência, mas também pode ser investigado e conhecido de forma indireta por meio das manifestações simbólicas arquetípicas (Penna, 2004). O símbolo, de acordo com a autora, “congrega o âmbito pessoal e o âmbito coletivo, a dimensão histórica e a dimensão universal dos fenômenos psíquicos” (Penna, 2004, p. 83), e a fim de endossar a presente temática, o símbolo também repousa num âmbito cultural. Neste artigo, a manifestação simbólica se deu por meio dos relatos das participantes do estudo.

Método Compreensivo-Simbólico

Os discursos foram coletados durante as entrevistas e analisados por meio do método compreensivo-simbólico, de ordem qualitativa. Penna (2004) expõe que o objetivo deste é uma noção compreensiva e interpretativa da realidade em que os fenômenos se apresentam, sendo que isso pressupõe uma “[...] relação íntima entre o pesquisador e o que é estudado, e os limites situacionais da investigação.” (Denzin & Lincoln, 1998, p. 8 *apud* Penna, 2004).

Para a autora, deve-se estabelecer uma relação dialética entre o sujeito e o objeto - buscando a intersubjetividade. A personalidade do pesquisador interfere no fenômeno, ou seja, o “conhecimento e autoconhecimento são indissociáveis e condicionados pela psique do pesquisador”(Penna, 2004, p. 76).

Yakushko et al. (2016), descrevem sobre a presença do Inconsciente Cultural do pesquisador dentro da pesquisa, principalmente as de ordem qualitativa. Os autores relatam a necessidade de reconhecer os próprios Complexos Culturais através da análise, meditação ou terapia.

Resultados e Discussão

A Cultura vigente torna-se altamente excludente ao reforçar as imagens públicas de um corpo ideal. Nesta impera a busca pelo belo e rechaça a gordura, deixando traços subliminares na vida de todos aqueles que não alcançam esse padrão. A mulher obesa encontra-se refém dos ideais externos de um Complexo Cultural e das necessidades e vontades internas do Complexo do Comer. Segundo Woodman (2001, p.7), “A corpulência já teve conotações

de felicidade. As pessoas "riam e engordavam"; os poucos mais afortunados "viviam na abundância" e os inúmeros menos afortunados invejavam os "gatos gordos".

Compreensão simbólica dos discursos - o Corpo e o Comer Obeso

Levando em consideração o Inconsciente Cultural, Yakushko et al.(2016, p. 659, tradução nossa) relatam que “a incorporação inconsciente de ideias e crenças opressoras podem ocorrer não apenas entre o grupo dominante, mas também entre aqueles que são oprimidos e marginalizados”. Nas entrevistas com as participantes do estudo, ao serem perguntadas sobre as consequências negativas do ganho do peso, estas respondem: *“Nada é bom na vida depois que ganha peso”* (P1). Essa afirmativa diz respeito a uma ideia incorporada, inconscientemente, de que ser gorda é o mesmo que não pertencer a um padrão, ser negativo, excluído e não percebido como pessoa. Esta percepção é reforçada ao serem questionadas sobre como gostariam de ser vistas na sociedade, e respondem: *“ser vista como pessoa”* (P2); *“Gostaria apenas de ser vista”* (P3).

Também, nesta ótica, torna-se imprescindível considerar a influência do Complexo do Cultural brasileiro na expressão do Complexo do Comer dos indivíduos. DaMatta (1986, p.11) escreve: “Sei, então, que sou brasileiro e não norte-americano, porque gosto de comer feijoada e não hambúrguer”. Essa afirmativa traz o pensar no que faz do comer brasileiro tão específico e distinto do resto do mundo. As possíveis respostas implicam adentrar na esfera cultural. “Encher a pança”, “olho maior do que a barriga”, ou até nomear o ato sexual como um ato do “comer”, como frases cotidianas que moldam e ditam o relacionamento com a comida. (DaMatta, 1986). Afinal, o Complexo Cultural, enquanto emoção coletiva intensa, carrega experiências paradoxais sobre a comida.

Esse fenômeno se apresenta nos discursos das participantes ao serem perguntadas sobre “Para você, o que significa comer?”, diversas participantes respondem: *“Prazer”*, outras apenas *“Satisfação”*, *“Felicidade”*. Os discursos revelam a psiquificação do Instinto da Fome, próprio do Complexo Cultural, em que o comer não está somente na ordem do se nutrir, mas também do prazer, satisfação, felicidade. Ou então, nos relatos *“Me acalma, porque sou muito sozinha.”* (P10); *“Viver, se não comer não vive”* (P11); *“Tudo, eu tenho que ter outras atividades, outro foco.”* (P12).

Contudo, enquanto a maioria das participantes revela uma relação positiva com o comer, algumas ao discorrer sobre o significado do comer, respondem: *“Ultimamente, uma tragédia total, prefiro não precisar comer”* (P16); *“Engordar, ficar gorda”* (P17); *“Eu amo comer, mas não é bom; “É gostoso, mas depois vem o arrependimento”* (P18); *“Comer passa o estresse*

depois se arrepende” (P20). Relatos, estes, que demonstram a forma paradoxal e plural do Complexo do Comer.

Compreensão simbólica dos discursos - O Feminino e a Falta

Neste constructo, deve-se considerar a presença da noção de feminino que cerca todo o tema e traz o refletir sobre: qual o lugar do feminino na discussão sobre o Complexo Cultural e do Comer?

Gadotti, Borges e Sampaio (2017), ao fazerem um relato histórico no que tange o papel e a representação da mulher na sociedade, indicam como o feminino tem sido sufocado em uma dinâmica racionalista e capitalista. Isto é, o feminino que é arquetipicamente o representante de um pensamento simbólico, frente à instalação de um discurso racional e lógico patriarcal, é sufocado. Nisto, como relatam as autoras (2017, p. 51), a “ [...] natureza feminina vem sendo sacrificada em nome de uma consciência unilateral baseada no pensamento lógico e racional, tão distante da linguagem anímica e simbólica própria dos mitos, dos sonhos e do feminino.”. Esta, que é sacrificada, traz uma perda de significados, em que há uma anulação entre as diferenças do eu e outro. Essa diferenciação geraria um vazio, o qual antes era suprido por um pensamento simbólico e agora é abolido nesta dinâmica. A falta do vazio empobrece a capacidade simbólica e imagética do ser humano e, mais propriamente, a da mulher (Gadotti et al., 2017).

Nesta perspectiva, o Complexo Cultural e o Complexo do Comer, compreendidos em mulheres obesas, trazem um possível padrão arquetípico expresso pelo vazio e pela falta. A fim de investigá-lo, elenca-se a expressão “Matar a Fome”, a qual foi trazida repetitivamente pelas participantes e também usada, cotidianamente, pelos brasileiros. Essa expressão por diversas vezes foi relatada pelas participantes, em um sentido afetivo, ultrapassando um sentido biológico de fome e diz respeito a um caráter psíquico de não lidar com a falta. As histórias contadas por estas, sobre passar fome em momentos da vida, marcaram sua presença nos episódios de compulsão alimentar: “*Vou comer hoje, porque vai que amanhã não tem*” (P. 47); “*Hoje eu como uma bandeja de danoninho, porque antes eu não comia nem um potinho*” (P. 23). Assim, a obesidade viria como uma garantia contra os sentimentos ligados a falta.

Considerações Finais

A busca pela indivisibilidade do sujeito, proposta por Jung (2011d), pressupõe a necessidade de localizá-lo em todas as esferas que o influenciam, tais como a Pessoal, a

Coletiva e a Cultural. Considerando que “ [...] um dos objetivos do tratamento analítico é auxiliar o sujeito a lidar com seus complexos [...]” (Nasser, 2010, p. 328), a compreensão acerca do Complexo Cultural e do Comer é indispensável no processo de individuação do sujeito, na busca de ser todo.

A experiência obesa, na perspectiva do Complexo Cultural e do Comer, se mostra ambivalente e paradoxal. Observa-se participantes com relações plurais com o comer e com o seu corpo. Junto a isto, percebe-se ideias incorporadas pelo Inconsciente Cultural dos indivíduos, no que tange a busca de um corpo ideal. Esta busca vem em favor de uma falta de significados e uma indigestão simbólica em relação às experiências com o corpo e da vida. Como relata Gadotti et al. (2017, p. 53), “Assim como o processo digestivo transforma o alimento em nutriente, incorporamos e damos significado à experiência, somente depois de uma elaboração psíquica. Precisamos digerir a experiência para que ela se transforme em um alimento para a alma.”.

Num cenário cultural, a imagem retratada por Cândido Portinari em 1944 (FIGURA 1), expressa uma realidade da fome e da falta que marcou a emergência de um preencher do corpo no imaginário cultural. Essa falta, num contexto da saúde e no que tange às influências do Complexo Cultural e do Comer, marca a necessidade de um “preencher” que muitas vezes se faz excessivo e desnaturado, a qual deve ser considerada no tratamento multidisciplinar da obesidade, por meio de estratégias terapêuticas que contemplem essa realidade e a visão de totalidade psíquica.

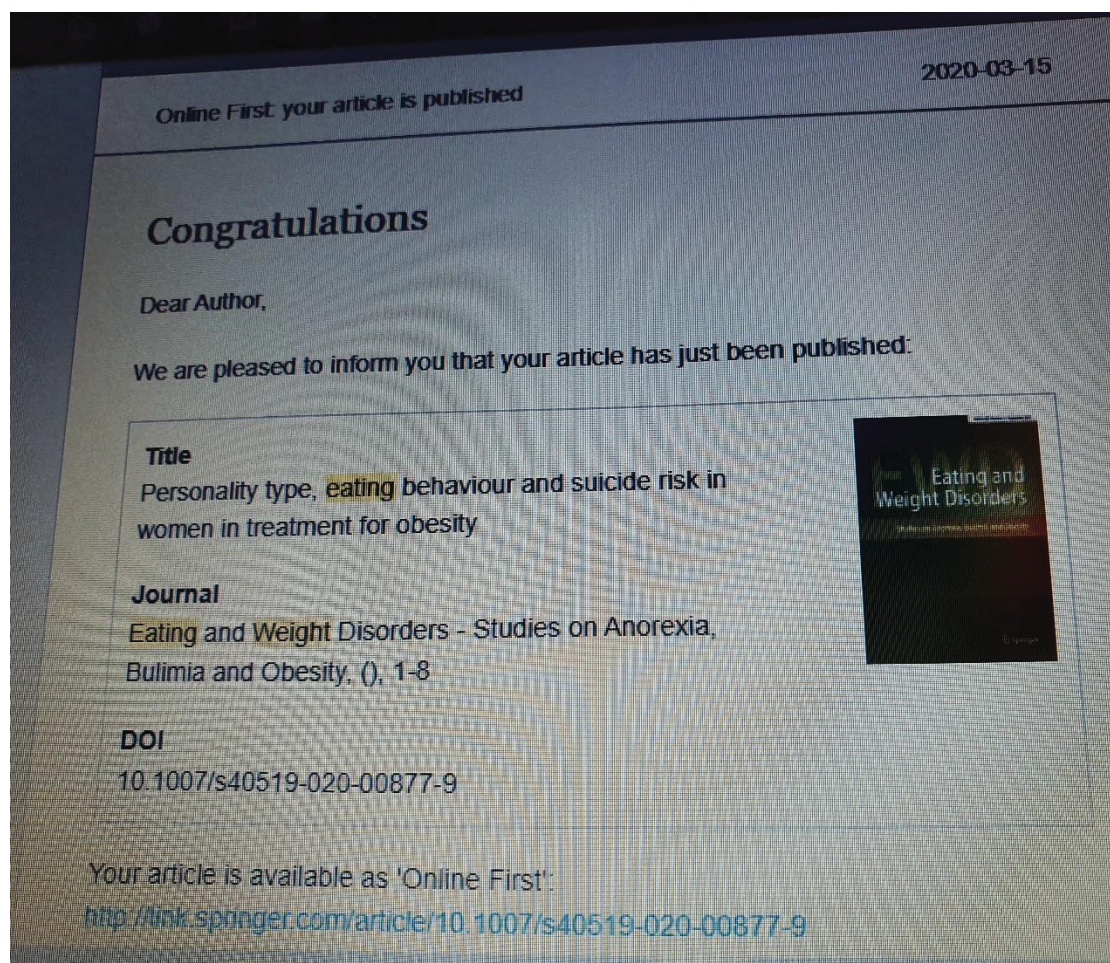
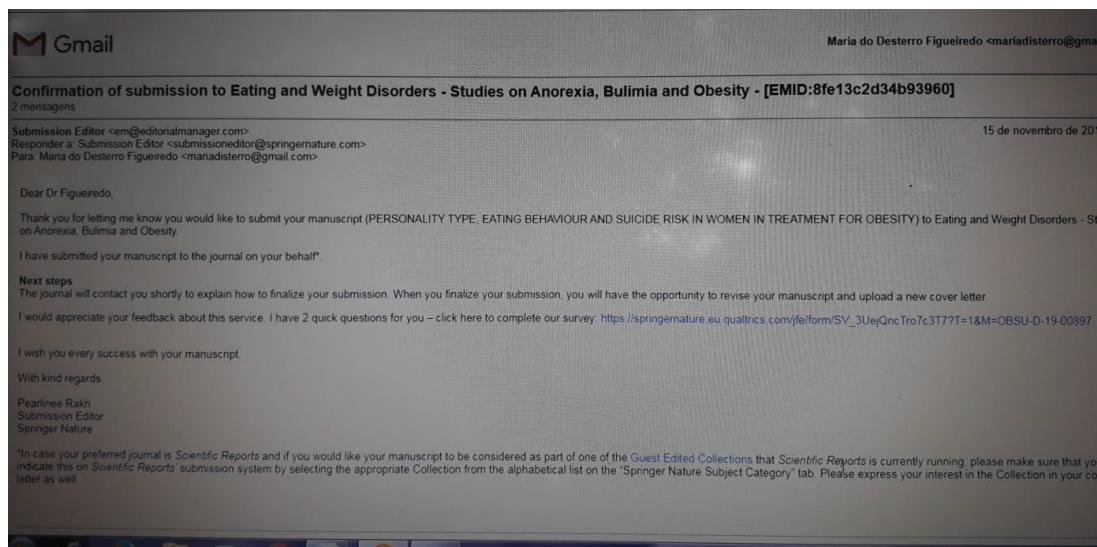
Referências

- Araújo, F. C. de. (2002). Da Cultura ao Inconsciente cultural: Psicologia e Diversidade étnica no Brasil Contemporâneo. *Psicologia, Ciência e profissão*, 22(4), 24-33.
- Dalí, S. (2016). *Les Diner de Gala*. Alemanha: Taschen.
- DaMatta, R. (1986). *O que faz o brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco.
- Gadotti, C. M.; Borges, M. B. F.; & Sampaio, S. M. D. (2017). Processar, elaborar, digerir: transtorno alimentar na contemporaneidade, leitura arquetípica. *Junguiana*, 35(2): 47-58.
- Henderson, J. (1984) *Cultural Attitudes in Psychological Perspective*. Toronto: Inner City Book.
- Jacobi, J. (2017). *Complexo, Arquétipo e Símbolo na Psicologia de C.G. Jung*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Jung, C. G. (2011a). *Estudos Experimentais*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Vozes.

- Jung, C. G. (2011b). *O Eu e o Inconsciente*. (Vol. 7/2). Rio de Janeiro: Vozes.
- Jung, C. G. (2011c). *Natureza da psique*. (Vol. 8/2). Rio de Janeiro: Vozes.
- Jung, C. G. (2011d). *Os arquétipos e o Inconsciente Coletivo*. (Vol. 18/1). Rio de Janeiro: Vozes.
- Kimbles, S. L. (2000). The cultural Complex and the myth of invisibility. Em T. Singer (ed.), *The vision thing: myth, politics and psyche in the world*. New York: Routledge.
- Kimbles, S. L. (2014). *Phantom Narratives. The Unseen Contributions of Culture to Psyche*. New York: Rowman & Littlefield.
- Nasser, Y. B. N. (2010). A identidade corpo-psyque na psicologia analítica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(2), 325-338.
- Penna, E. M. D. (2004). O paradigma junguiano no contexto da metodologia qualitativa de pesquisa. *Psicol. USP*, 16(3): 71-94.
- Ramos, D. G. (2004). Corruption. Symptom of a cultural complex in Brazil. In T. Singer & S. L. Kimbles (Eds.), *The cultural complex: Contemporary Jungian perspectives on psyche and society*. New York: Brunner-Routledge.
- Singer, T.; Kimbles, S. L. (2004). *The Cultural Complex: Contemporary Jungian perspectives on psyche and society*. New York: Brunner-Routledge.
- Woodman, M. (2001). *A Coruja era filha do Padeiro: Obesidade, Anorexia Nervosa e o Feminino Reprimido*. São Paulo: Cultrix.
- Woodman, M. (2002). *O Vício da Perfeição: Compreendendo a Relação entre Distúrbios Alimentares e Desenvolvimento Psíquico*. São Paulo: Summus.
- Yakushko, O.; Miles, P.; Rajan, I.; Bukjo, B.; & Thomas, D. (2016). Cultural unconscious in research: integrating multicultural and depth paradigms in qualitative research. *Journal of Analytical Psychology*, 61(5): 656-675.

APÊNDICE 10

Artigo2: Personality Type, Eating Behavior and Suicide Risk in Women in Treatment of Obesity. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. Submissão do manuscrito em 15/11/2019 e aceito em 15/03/2020.



PERSONALITY TYPE, EATING BEHAVIOR AND SUICIDE RISK IN WOMEN IN
TREATMENT OF OBESITY

Authors:

- Maria do Desterro de Figueiredo^{1,2}
- Stella Nabuco Nasser^{1 /}
- Carina Bertoldi Franco³
- Christiane Bischof dos Santos⁴
- Cesar Luiz Boguszewski²
- Henrique Lacerda Suplicy²
- Adriane Maria Rodrigues²
- Rosana Bento Radominski²

¹ Department of Psychology, FAE – University Center of Curitiba, Paraná, Brazil

² Endocrine Division (SEMPR), Hospital de Clínicas, Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil.

³ Medicine Department, University Center of Maringá – Unicesumar, Paraná, Brazil

⁴ Department of Business, FAE – University Center of Curitiba, Paraná, Brazil

Abstract

Objectives: To determine the personality types of women in treatment of obesity and the associations between personality characteristics, eating behaviour and suicidal risk.

Subjects: Sixty women in a pharmacological treatment for obesity (Clinical Group: CG) and 60 women post-bariatric surgery (Surgical Group: SG) were evaluated.

Methods: This was an observational and transversal study conducted at a specialized outpatient unit. The personality types were evaluated through the Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) test. A semi-structured questionnaire which investigated sociodemographic and lifestyle characteristics were applied, along with the Binge Eating Scale (BES) and the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

Results: From 16 possible personality types, the ISFJ (Introversion, Sensing, Feeling, Judging) and ESFJ (Extraversion, Sensing, Feeling, Judging) types were more frequent. In the SG, 32% of participants presented the ISFJ type and 18,3% the ESFJ type. In the CG, 33% presented the ISFJ type and 25% the ESFJ type. The results showed a higher prevalence of binge eating behaviour in the CG (Cohen's d : -0.47; $p < 0.0001$) and a higher grazing behaviour in the SG ($p = 0.005$). The participants with introverted attitude showed higher prevalence of severe bingeing (13.3% vs 3.3%, $p = 0.07$); suicidal thoughts throughout the life (STTL) (69.5% vs 45.1%, $p = 0.007$); recent suicidal thoughts (RST) (30.4% vs 11.7%, $p = 0.01$) in comparison to extraverted participants. BMI was associated with higher chance of STTL (37.96 ± 6.41 kg/m² vs 33.92 ± 4.68 kg/m²; $p = 0.01$) in the CG compared to the SG. RST were associated with the BMI in the SG (34.47 ± 3.86 kg/m² vs 30.61 ± 5.72 kg/m²; $p = 0.01$). In the multivariable analysis, the personality type (ISFJ) was an independent predictor of STTL (OR: 3.6; CI: 1.3-10.2; $p = 0.01$) and for SB (OR: 9.7; CI: 2.44-38.9; $p = 0.001$). Conversely, the BMI, but not the personality type, was an independently factor associated with Binge Eating.

Conclusions: Women in pharmacological treatment of obesity or post-bariatric surgery present specific

types of personality. Introversion was associated with higher BMI and higher risk of suicidal thoughts.

KeyWords: Personality, Eating Behaviour, Suicide, Obesity, Bariatric Surgery.

Introduction

Obesity is a highly prevalent disease that is associated with physical and psychological comorbidities [1-4]. The World Health Organization defines as overweight a body mass index (BMI) ≥ 25.0 kg/m² and obesity as a BMI ≥ 30.0 kg/m² s [5].

The treatment of obesity is based on lifestyle changes, with restriction of caloric intake, physical activity and behavioral changes but such approaches have often limited results and are associated with weight regain. In addition to these strategies, pharmacological interventions and bariatric surgery can be employed [6, 7].

Women are considered more likely to have obesity with a prevalence of 40.4% in comparison to 35.0% among men. Also, women have a higher prevalence of severe obesity (BMI ≥ 40.0 kg/m²), and as they get older - between the ages of 40 and 64 - obesity prevalence and health related risks increase [1]. Furthermore, obese women present a lower quality of life, more severe health problems, and chronic diseases, even though obese men have a higher mortality rate. The female population with obesity also suffers greater psychosocial and cultural pressure, which has negative effects on their self-esteem. [2, 3].

The association between personality and obesity does not seem to be an agreement around the academic community. While some clinical studies do not endorse a specific type of personality to develop obesity [8, 9], others demonstrate strong relations between personality types and obesity [10, 11]. Nevertheless, studies about the psychological traits in the obese population can be highly relevant in the clinical intervention in obese people [12, 13].

The personality typology of the participants was evaluated through the Myers-Briggs Type Indicator (MBTI), which is an inventory that aims to evaluate personality based on the

theory of psychological types developed by Carl Gustav Jung. The inventory assesses typology through the combination of 2 attitudes, Extraversion (E) and Introversion (I), and 6 preferences: Sensing (S) vs. Intuition (N), Thinking (T) vs. Feeling (F), and Judging (J) vs. Perceiving (P) [14].

The use of MBTI is well-established in an organizational context [15-18] however, in the clinical context, it is still scarce [19, 20], mostly in the obese population when it comes to weight loss [21, 22].

Eating behavior is the series of habits, choices, perceptions, and emotional representations involved while eating. Even though obesity is not considered an eating disorder, Binge Eating Disorder (BED) is often found in the obese population [12].

A comparative study about the eating behavior of people with BED and people without BED showed that binge eating episodes in individuals with BED can be related to negative urgency (acting rashly when distressed) or positive urgency (acting impulsively when experiencing positive emotions) in a more significant way compared to binge eating episodes in people without BED [23]. Other research also shows that negative mood or a mood deterioration can be a crucial antecedent to binge eating episodes for people with BED [24].

In a study comparing how adverse childhood experiences influence people with or without obesity, Silva and Maia [25] state that the obese population does not experience more adverse experiences, but obese people might show less coping strategies, and some of the times demonstrate eating as a coping strategy. This understanding is supported by Silva [26] who states that one in every four obese people describes eating as a coping strategy.

A Swedish Obese Subjects study demonstrated that even though bariatric surgery might reduce mortality rates, it could bring adverse effects to the mental health of patients. The suicide risk and self-aggression rates were more elevated in the studies surgical group in comparison

to the clinical group, indicating the necessity of a psychiatric and psychological evaluation before surgery and mental health follow up after the bariatric surgery [27].

When it comes to patients' STTL, Musselman et al[28] showed that patients still had suicidal thoughts even after 6 months of surgery independently of their weight loss. A longitudinal study of 2458 post bariatric surgery patients demonstrated that one quarter of the subjects presented suicidal thoughts and behaviour throughout life with a significative increase of self-mutilation and suicidal thoughts before surgery (5.3%), to 3.8 % in a year after surgery and 6.6% after five years (GORDON et al.,2019. [29]

The goals of the current study were to examine the following: What is the most prevalent personality typology in the women of the study? Is there a difference in the typology of a surgical group and a clinical group? What were the differences between the eating behaviour of these groups of women? What were the differences between STTL, RST and SB rates in the CG and SG? Is there an association between these variables: typology, eating behaviour and suicide risk of the women studied?

Subjects and Methods

Participants

Women enrolled in obesity treatment between the ages of 18 and 65 were the subjects of this research. All participants of the study were recruited to participate while in the waiting rooms of a specialized outpatient unit in the general hospital in Curitiba, Paraná, Brazil. The patients were then divided into either a surgical group, women that underwent bariatric surgery (Gastric Bypass Roux in Y) with at least 2 years post-surgery, or a clinical group, women in clinical pharmacological treatment (Topiramate, Sertraline and Sibutramine) for obesity in a specialized outpatient unit. The hospital's Research Ethics Board approved this study. The study happened between November 2016 and June 2018.

Procedures

Eligible participants signed terms of consent. They were called to respond to an individual semi-structured interview performed by a psychotherapist. The interviews happened in the hospital on the same day as they had check-up consults with their doctors. The questions were about sociodemographic characteristics, self-declared eating behaviour, and habits in general. Participants' typology were evaluated by the Myers Briggs Type Indicator (MBTI). Their eating behavior wereevaluated by the Binge Eating Scale (BES). And their suicide ideation and behavior were evaluated by the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). After the interview, the participants were forwarded to psychotherapeutic groups if they showed any interest.

Instruments

Myers-Briggs Type Indicator (MBTI)

The MBTI was used for typological evaluation of the participants. The indicator consists of 93 questions with dichotomous answers. Unlike the 8 classical combinations of Jung's typology [30], the MBTI results in 16 possible combinations [31].

Self-Reported Eating Behavior

The self-reported eating behaviour was evaluated by asking the participants the following questions: Do you consider your eating behaviour as regular or irregular? In which of these profiles of eating would you fit into: night eater, grazer³, or binge eater? Do you hide while eating? and Which of these factors might influence you to eat foods that are high in

³"Repetitive eating (more than twice) of small/modest amounts of food in an unplanned manner, with what we characterize as compulsive and noncompulsive subtypes." [32 p973]

calories: emotional factors, hunger, no relation, and others. The participants' answers were recorded and later transcribed.

Binge Eating Scale (BES)

The Binge Eating Scale was used to evaluate the frequency and intensity of binge eating episodes in the participants. This scale consists of a list of 16 items of 3 or 4 affirmatives from which the participant should select the response that best characterizes him or her. Each affirmative corresponds to a point system of 0 to 3. The final score is the sum of the points in each item. A score lower than 17 points characterizes non-binging behaviour. A score ranging from 18-26 points characterizes moderate binging. A score of 27 points or higher marks severe binging behaviour [33].

Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

The C-SSRS is a questionnaire to assess suicide ideation and behaviour [34]. The subjects scoring were divided in three categories: Suicidal Thoughts Throughout Life (STTL), Recent Suicidal Thoughts (RST) and Suicidal Behaviour (SB).

Statistical Analysis

The data were registered in an elaborate electronic data protocol for Excel research (*Microsoft Office Excel 2007®*) and exported for statistical review through the R *software* [35].

The central tendency measures considered in the statistical analysis were the mean and the standard deviation (sd) for the continuous quantitative variables of normal distribution. Categorical variables were expressed as a percentage of their frequency. The estimation of the difference between two means was performed by the t Student parametric test. The estimation of the difference between the categorical variables was performed by Pearson's Chi-Square and Fisher's exact tests [36].

The adherence test was performed, which follows chi-square distribution to evaluate the most frequent typological profiles obtained through the MBTI [37]. For the associations, the sample was calculated considering a type I error of 5%, magnitude of effect of 5%, and applied statistical tests with estimated minimum test power of 95%. The effect sizes were measured by the calculation of Cohen's *d* and Odd Ratio [38].

Results

Most of the women in the study were married (47%) and have completed a high school education (42.5%). The participants in the clinical group reported a 14.78% higher mean BMI ($36.67 \pm 6.17 \text{ kg/m}^2$) in comparison to the surgical group (Cohen's *d*: -0.46; $p < 0.0001$) (Table 1). The mean time of months passed after bariatric surgery of the surgical group was 84.19 ± 41.89 months.

Amongst the possible 16 combinations of typological MBTI profiles, the participants of the study presented only 13 profiles. The most frequent ones in both of the surgical and clinical groups were ISFJ (Introversion, Sensing, Feeling, Judging) and ESFJ (Extraversion, Sensing, Feeling, Judging), showing a significance of $p < 0.0001$. However, when comparing the frequency of the ISFJ and ESFJ profiles in each of the groups, it has showed similar frequencies were present in both of the groups ($p < 0.7$). Also, the typological profiles' frequencies showed very little difference when compared to the surgical and clinical groups, revealing a significance of $p < 0.9$, indicating no dependency association between the groups (Table 2).

Most of the participants self-reported an irregular eating behaviour (55.83%) showing no association between the surgical and clinical groups ($p = 0.7$). The grazing profile was more prevalent in the SG (58.33%) and the self-reported binge eating was more prevalent in the CG (56.66%), showing a significant difference between the groups ($p = 0.005$). Regarding "hiding while eating" data, there was no significant difference between the groups yet 77.5% of the sample reported this behaviour. The most prevalent factor that influenced high caloric food

intake was emotional factors in both of the groups, with a distribution of 56.66% from the clinical group and 43.33% from the surgical group ($p=0.002$) (Table 3).

Regarding the Binge Eating Scale (BES), the mean score of the clinical group was 18.67 points ($sd=10.50$). On the other hand, the surgical group scored a mean of 10.23 ± 8.47 points. The results showed a higher prevalence of severe bingeing behaviour (16 participants) in the clinical group (Cohen's d : -0.47; $p<0.0001$) (Table 4).

The association between the MBTI profiles and BES scores showed different results in the clinical and surgical groups. Taking the most common typological profiles (ESFJ and ISFJ) into account, the clinical group showed little difference between the profiles ($p<0.4804$) but showed an overall higher BES mean in the ISFJ profile (18.6 ± 11.91 points). However, in the surgical group, there was significant difference between the profiles (Cohen's d : -0.61; $p<0.04$), since the ISFJ showed a higher mean score (12.89 ± 9.38 points) (Table 5).

The MBTI attitude (Extraversion and Introversion) that has a higher prevalence of severe bingeing is the introverted one; 13.33% of the participants of the study are introverted and have severe bingeing behaviour. The participants with an extraverted attitude that have severe bingeing behaviour are 3.33% ($p=0.07$ - Pearson's Chi-square test). It is estimated that the Odds Ratio of a participant with severe bingeing has the introverted attitude and does not have the extraverted attitude is 3.7 times the chance of participant with non-bingeing (Table 6).

Most of the participants of the study showed STTL (59.2%) and 37.5% of them showed SB. In the SG, the participants that showed RST also showed a higher BMI (34.47 ± 3.86 kg/m^2 vs 30.61 ± 5.72 kg/m^2 ; $p=0.01$) than the subjects in the CG (Cohen's d : -0.705; $p=0.01$). However, the subjects in the CG that presented STTL also showed a higher BMI (37.96 ± 6.41 kg/m^2 vs 33.92 ± 4.68 kg/m^2 ; $p=0.01$) than the subjects in SG (Cliff's Delta= -0.415; $p=0.01$).

The ISFJ profile subjects showed a higher SB rate (OD: 9.7394, CI: 2.44-38.9, $P=0.001$) and STTL rate (OD:3.6, CI: 1.3-10.2, $p=0.01$) in comparison to ESFJ profile subjects. In the

multivariable analysis, the personality type (ISFJ) was an independent predictor of STTL (OR: 3.6; CI: 1.3-10.2; $p=0.01$) and for SB (OR: 9.7; CI: 2.44-38.9; $p=0.001$).

When it comes to the MBTI attitudes (Extraversion and Introversion) and suicide risk, the introverted attitude has shown a higher prevalence of both STTL (69.5% vs 45.1%, $p=0.007$) and RST (30.4% vs 11.7%, $p=0.01$) in comparison to extroverted attitude.

Discussion

The results suggest that when it comes to the surgical and clinical group differences, the MBTI personality typology frequency of the women in obesity treatment are similar, showing no significant differences or association between the groups. However, the groups' BMI and BES results show significant difference.

The MBTI results propose that in relation to the expectation that the groups would show all the profiles in the same frequency, we are surprised by a higher prevalence of only two typological profiles, ISFJ and ESFJ, in both of the groups, in consent to Zitkus [21] research that also showed these as most common profiles in a obese population.

Even when theses typological profiles seem to be similar, with only altering the first letter (I) and (E), dynamically they have different functioning. According to Myers [14], in the ISFJ, the dominant process is sensing and the auxiliary one is feeling. In the ESFJ, on the other hand, the dominant process is the feeling and the auxiliary one is sensing. Both of the typological profiles, there is a predominance of the sensing and feeling functions, that according to Jung [30], refers to a way of adapting to the world, respectively, through a value attributed to something and a way of perception of things. It seems like that these profiles are common in the population of the study because sensing and feeling influence dynamically the eating behaviour, in a way that eating gain more meaning than just to meet a physiological need.

Even though some participants' BES scores were elevated, showing severe bingeing, we cannot confirm a diagnosis of Binge Eating Behavior of these participants because this research was made by a brief, one-time encounter, as Freitas et al [39] state, the BED diagnosis should be confirmed on a clinical level.

When it comes to the association between personality typology and eating behaviour is noted that there is an important correlation between them. It is not possible to state the introverted personality is an indicator for binge eating in the sample, but the introverted participants in the study showed a higher prevalence of severe bingeing behaviour when compared to the extroverted participants. In relation to the ISFJ AND ESFJ profiles BES results, the participants in the clinical group showed an overall higher mean in relation to the surgical group. The ISFJ profile shows a higher mean score in both of the groups.

However, the eating behaviour of these women demonstrates that there is a significant difference between eating behaviour after bariatric surgery. As the data suggest, there seems to be a change in eating behaviour after bariatric surgery since people in the clinical group both marked higher scores on the BES and more often self-reported binge eating behaviour. In this group, there is also a higher prevalence of eating because of an emotional factor, confirming what has been said by the authors [23-26]. On the other hand, the surgical group had lower BES scores and self-reported grazing eating behaviour. The grazing behaviour in the bariatric population is also sustained by Conceição et al [32].

Even though the suicidal ideation and behaviour was not evaluated in a prospective way, the results of the study showed a alarming reality of mental health amongst obesity treatment population, once more than 50% of the subjects showed STTL. Also the results corroborates with NEOVIUS et al [27], when showed a higher RST in the SG.

Conclusion

- The association between personality, eating behavior and suicide risk should be taken into account in the treatment of obesity for finding better therapeutic strategies that consider the emotional dynamic, the typological functioning of the individual and each person's ways of dealing with food in the processes of losing and maintaining weight.
- Bariatric surgery seems to change eating behaviours and present better results in relation to BMI and BES results when compared to the clinical group. However, it is evident in the study that bariatric surgery does not seem to change a person's personality.
- Also, it is noted that the introverted attitude showed more severe bingeing and a greater STTL and RST.
- The BMI was not independently associated with suicidal Ideation and Behaviour, but was associated with Binge Eating Behaviour.
- It is perceptible the need for complementary work around personality, obesity and eating behaviour associations, in a way to systematize new treatment proposals and consider more wide samples in terms of sex, gender and age.

Acknowledgements

We would like to thank Fellipelli for gracefully granting the MBTI tests, FAE - Centro Universitário and SEMPR for all the support.

Conflict of Interest

We state conflict of interest since an MBTI distributor in Brazil (Fellipelli) granted the inventories utilized in the study.

References

- [1] Tauqueer Z, Gomez G, Stanford FC. Obesity in Women: Insights for the Clinician. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2018 Apr [Cited 2019 June 18]; 27(4): 444-457. Available from: https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2016.6196?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=jwh. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6196>.
- [2] Torres KDP, Rosa MLG, Moscovitch SD. Gender and obesity interaction in quality of life in adults assisted by family doctor program in Niterói, Brazil. *Ciênc.saúdecoletiva* [Internet]. 2016 May [cited 2019 June 18]; 21(5): 1617-1624. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501617&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.10832015>.
- [3] Mannucci E, Petroni ML, Villanova N, Rotella CM, Apolone G, Marchesini G; QUOVADIS Study Group. Clinical and Psychological Correlates of Health-Related Quality of Life in Obese Patients. *Health Qual. Life Outcomes* [Internet]. 2010 Aug [cited 2019 June 12]; 8(90):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939642/>.
- [4] Pinto TF, De Bruin PFC, De Bruin VMS, Lopes PM, Lemos FN. Obesity, hypersensitivity and sleep quality: the impact of bariatric surgery. *Obes.Surg.* [Internet]. 2017 Jul [cited 2019 Mar 31]; 27(7):1775-1779. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-016-2536-y>.
- [5] Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* [Internet]. 2011 Feb [cited in 2019 Jul 07]; 377(9765): 557-567. Available from: doi: 10.1016/S0140-6736(10)62037-5.
- [6] Suplicy H, Boguszewski CL, dos Santos CM, Figueiredo MD, Cunha DR, Radominski R. A comparative study of five centrally acting drugs on the pharmacological treatment of obesity. *Int. J. Obes. (Lond)* [Internet]. 2014 Aug [cited 2019 Apr 22]; 38(8): 1097-1103. doi: 10.1038/ijo.2013.225..
- [7] Bray GA, Macdiarmid J. The epidemic of obesity. *West J. Med* [Internet]. 2000 Feb [cited 2019 June 18]; 172(2): 78-79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070754/>. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fwj.172.2.78>
- [8] Sobal J, Devine CM. Social Aspects of Obesity: Influences, Consequences, Assessments and Interventions. In: Dalton, S. *Overweight and weight management*. Maryland: Aspen Publishers, 1997. 312-331 p.
- [9] Myslobodsky M. Gourmand savants and environmental determinants of obesity. *Obes. Rev.* [Internet]. 2003 Apr [cited 2018 Aug 12]; 4(2):121-128. Available from:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1467-789X.2003.00098.x>.
<https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2003.00098.x>.

[10] Sutin AR, Ferrucci L, Zonderman AB, Terracciano A. Personality and Obesity across the Adult Lifespan. *J. Pers. Soc. Psychol.* [Internet]. 2011 Sep [Cited 2019 Apr 2]; 101(3): 579–592. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462003/>. doi:10.1037/a0024286.

[11] De Maria CC, Yaegashi SFR. Os Traços de Personalidade Associados no Desenvolvimento da Obesidade. *Rev. Bras. de Obes., Nut. e Emag.* [Internet]. 2016 Mar/Apr [Cited 2019 Apr 2]; 56(10):74-92. Available from: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/411>.

[12] Dobrow IJ, Kamenetz C, Devlin MJ. Aspectos Psiquiátricos da Obesidade. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2002 Dec [cited 2019 June 12]; 24(3): 63-67. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700014>.

[13] Kontinen H, Silvertoinen K, Sarlio-Lahteenkylä S, Mannisto S, Haukkala U. Emotional behavior and self-efficacy in physical activity as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2010 Nov. [cited 2019 Apr 2]; 92(5):1031-1039. Available from: <https://academic.oup.com/ajcn/article/92/5/1031/4597488>.
<https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29732>.

[14] Myers IB. Introdução à Teoria dos Tipos Psicológicos – Um guia para entender os resultados do Myers-Briggs Type Indicator®. 6th ed. Fellipelli: São Paulo; 2011. 54 p.]

[15] Potgieter I, Coetzee M. (2013). Employability attributes and personality preferences of postgraduate business management students. *SA J. Ind. Psychol.* [Internet]. 2013 May [Cited 2019 June 12]; 39(1). Available from: <https://doi.org/10.4102/sajip.v39i1.1064>

[16] Lifchez SD, Redett RJ. A standardized patient model to teach and evaluate professionalism and communication skills: the effect of personality type on performance. *Journ. Surg. Educ.* [Internet]. 2014 May-Jun [cited 2019 Mar 31]; 71(3):297-301. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1931720413002286?via%3Dihub#!>.
<https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2013.09.010>.

[17] Walczak S, Borkan GL. (2016). Personality Type Effects on Perceptions of Online Credit Card Payment Services. *J. Theor. appl. Electron. Commer. Res.* [Internet]. 2016 Jan [cited 2019 June 12]; 11(1): 67-83. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-18762016000100005&lng=pt&nrm=iso.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-18762016000100005>.

[18] King DD, Ott-Holland CJ, Ryan AM, Huang JL, Wadlington PL, Elizondo F. Homogeneity of Personality in Organizations and Occupations: Considering Sources of

Similarity. *J. Bus. Psychol.* [Internet]. 2017 Jul 12 [cited 2019 June 12]; 32(6): 641-653. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10869-016-9459-4>.

[19] Schell RV, Dilorenzo AN, Li HF, Fragneto RY. The type of personality resident in anesthesiology correlates with the teacher evaluation of the performance of residents. *J. ClinAnesth* [Internet]. 2012 Nov [cited 2019 June 12]; 24(7): 566-572. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818012002759>.

[20] Durão IL, Meiriño MJ, Méxas MP. Inovação em serviços de saúde a partir do Teste Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) associado à análise de redes sociais (ARS). *Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde* [Internet]. 2018 jul-set [cited 2019 June 12]; 12(3):277-291. Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1368>. <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v12i3.1368>.

[21] Zitkus BS. The relationship among registered nurses' weight status, weight loss regimens, and successful or unsuccessful weight loss. *Journ. Amer. Ass. of Nurs. Pract.* [Internet]. 2011 Feb [cited 2018 May 21]; 23(2): 110-116. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2010.00583.x/ful>. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00583.x>.

[22] Paula LA, Matos CS, Radominski RB, Figueiredo MD. Avaliação Tipológica E Psicodinâmica de Paciente Pós-bariátrica. *Rev. PsicoFAE: Plur. em Saúd. Ment.* [Internet]. 2018 Jan. [cited 2019 Apr 6]; 6(2):85-96. Available from: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/139/90>.

[23] Kenny TE, Singleton C, Carter JC. An examination of emotion-related facets of impulsivity in binge eating disorder. *Eating Behaviors* [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 June 12]; 32(1): 74-77. Available from: <https://www.sciencedirect.com/journal/eating-behaviors/vol/32/suppl/C>. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.12.006>.

[24] Svaldi J, Werle D, Naumann E, Eichler E, Berking M. Prospective associations of negative mood and emotion regulation in the occurrence of binge eating in binge eating disorder. *J Psychiatr. Res.* [Internet]. 2019 May 3 [Cited 2019 June 12]; 115: 61-68. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395619302626?via%3Dihub>. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.005>.

[25] Silva SSP da, Maia A da C. Adversidade na infância, características psicológicas e problemas de saúde física: comparação entre obesos e não obesos. *Rev. Psiqu. Clín.* [Internet]. 2011 [cited 2019 June 18]; 38(5): 194-200. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000500005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000500005>.

[26] Silva S. Experiências adversas na infância e sintomas físicos e psicopatológicos em sujeitos com obesidade mórbida. In: LEAL, Isabel [et al.], org. – “Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: atas do Congresso, 7, Porto, Portugal, 2008. 667-670 p.

[27] Neovius M, Bruze G, Jacobson P, Sjöholm K, Johansson K, Granath F et al. Risk of suicide and non-fatal self-harm after bariatric surgery: results from two matched cohort studies. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Jul 07]; 6(3): 197-207. Available from: doi: 10.1016/S2213-8587(17)30437-0.

[28] Musselman AD, Shenvi N, Manatunga A, Miller AH, Lin E, Gletsu-Miller N. et al. The effects of roux en y gastric bypass surgery on neurobehavioral symptom domains associated with severe obesity. *PhysiolBehav* [Internet]. 2019 May [cited in 2019 Jun 26]; 204: 86-92. Available from: doi: 10.1016/j.physbeh.2019.02.013.

[29] Gordon KH, King WC, White GE, Belle SH, Courcoulas AP, Ebel FE et al. A longitudinal examination of suicide-related thoughts and behaviors among bariatric surgery patients. *SurgObesRelat Dis* [Internet]. 2019 Feb [cited 2019 Apr 30]; 15(2): 269-278. Available from: doi: 10.1016/j.soard.2018.12.001.

[30] Jung CG. Tipos Psicológicos (vol. 6).. In: Jung CG, Editor. *Obras completas de C. G. Jung*. 4th ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011b. 614 p.

[31] Couto G, Bartholomeu D, Montiel JM. Estrutura interna do Myers Briggs Type Indicator (MBTI): evidência de validade. *Aval. psicol* [Internet]. 2016 Apr [cited 2019 June 12]; 15(1):41-48. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000100006.

[32] Conceicao EM, Mitchell JE, Engel SG, Machado PPP, Lancaster K, Wonderlich SA. What is "grazing"? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes, and proposing a standardized definition (2014) *Surg. Obes. Relat. Dis.* [Internet]. 2014 Sep-Oct [cited 2019 June 18]; 10(5): 973-982. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25312671>.
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.05.002>.

2 [33] GORMALLY J, BLACK S, DASTON S, RARDIND. THE ASSESSMENT OF BINGE EATING SEVERITY AMONG OBESE PERSONS. *ADDICT. BEHAV.* [INTERNET]. 1982 [CITED 2019 JUNE 18]; 7(1): 47-55. AVAILABLE FROM: [HTTPS://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/0306460382900247?VI](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460382900247?via=ihub) A%3DIHUB.

[34] Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G. et al. Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J. *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*. The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. 2008.

[35] R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2018. 2673 p.

[36] Bisquera R, Sarriera JC, Martínez F. *Introdução À Estatística – Enfoque Informático com o Pacote Estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artmed; 2004. 256 p.

[37] Bussab WO, Morettin PA. *Estatística básica*. 6th ed. São Paulo: Saraiva, 2010. 576 p.

[38] Cohen J. Statistical power analysis. *Curr. Direc. Psych. Scien.*, v. 1, n. 3, p. 98–101, 1992.

[39] Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2001 Dec [cited 2019 June 12]; 23(4):215-220. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>.

Tables

TABLE 1. ANTHROPOMETRIC MEASURES AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE STUDY'S GROUPS

ANTHROPOMETRIC MEASURES	SURGICAL GROUP (60) Mean (SD)	CLINICAL GROUP (60) Mean (SD)	TOTAL (120) Mean (SD)	p value	test
BMI (Kg/m²)	31.25 (5.62)	36.67 (6.17)	33.96 (6.48)	P<0.0001	Mann Whitney
Weight (Kg)	80.3 (15.99)	93.7 (17.02)	87.0 (17.76)	P<0.0001	Mann Whitney
Age (years)	47.7 (9.57)	42.1 (12.66)	44.9 (11.52)	P=0.0075	Mann Whitney
SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS	SURGICAL GROUP (60) Frequency (percentage)	CLINICAL GROUP (60) Frequency (percentage)	TOTAL (120) Frequency (percentage)	p value	test
SCHOLARITY					
Completed a middle school	18 (30%)	24 (40%)	42 (35%)	p=0,496	Fisher's exact test
Studied until high school	27 (45%)	24 (40%)	51 (42.5%)		
Undergraduate Degree	15 (25%)	12; (20%)	27 (22.5%)		
PSYCHOSOCIAL DATA					
Married	32 (53.3%)	24 (40%)	56 (46.7%)	P<0.0001	Fisher's exact test
Divorced	15 (25%)	12; (20%)	17 (14,1%)		
Single	13 (21.7%)	2 (3.3%)	47 (39.2%)		

TABLE 2. FREQUENCY OF TYPOLOGICAL PROFILES OF PARTICIPANTS ACCORDING TO THE
MBTI

MBTI	SURGICAL GROUP (60) Frequency (%)	CLINICAL GROUP (60) Frequency (%)	TOTAL (120) Frequency (%)
ISTJ	4 (6.7%)	2 (3.3%)	6 (5%)
ISTP	3 (5%)	5 (8.3%)	8 (6.7%)
ISFJ	19 (31.6%)	20 (33.3%)	39 (32.5%)
ISFP	6 (10%)	6 (10%)	12 (10%)
INFJ	1 (1.6%)	1 (1.6%)	2 (1.7%)
INFP	1 (1.7%)	1 (1.7%)	2 (1.7%)
ESTJ	4 (6.7%)	1 (1.7%)	5 (4.1%)
ESTP	2 (3.3%)	1 (1.7%)	3 (2.5%)
ESFJ	11 (18.3%)	15 (25%)	26 (21.7%)
ESFP	6 (10%)	6 (10%)	12 (10%)
ENFJ	1 (1.7%)	0 (0%)	1 (0.8%)
ENFP	1 (1.7%)	1 (1.7%)	2 (1.6%)
ENTJ	1 (1.7%)	1 (1.7%)	2 (1.7%)
TOTAL	60 (100%)	60; (100%)	120 (100%)
The <i>p</i> -value was calculated with Pearson's chi-squared test - $p < 0.0001$.			

TABLE 3. FREQUENCY AND PERCENTAGE OF EATING BEHAVIOR, EATING PROFILE, HIDING
WHILE EATING, AND FACTORS THAT INFLUENCE HIGH CALORIC FOOD INTAKE IN THE
SURGICAL AND CLINICAL GROUPS

	SURGICAL GROUP (60)	CLINICAL GROUP (60)	TOTAL (120)	p value	test
	Frequency (%)	Frequency (%)	Frequency (%)		
EATING BEHAVIOR					
REGULAR	28 (46.66%)	25 (41.66%)	53 (44.16%)	p=0,713 3	Fisher's exact test
IRREGULAR	32 (53.33%)	35 (58.33%)	67 (55.83%)		
EATING PROFILE					
NIGHT EATING	1 (1.66%)	9 (15%)	10 (8.33%)	p=0,000 5	Fisher's exact test
GRAZING	35 (58.33%)	17 (28.33%)	52 (43.33%)		
BINGE EATING	24 (40%)	34 (56.66%)	58 (48.33%)		
HIDING WHILE EATING					
YES	46 (76.66%)	47 (78.33%)	93 (77.5%)	p=1	Fisher's exact test
NO	14 (23.33%)	13 (21.66%)	27 (22.5%)		
FACTORS THAT INFLUENCE CALORIC FOOD INTAKE					
EMOTIONAL FACTORS	39 (65%)	51 (85%)	90 (75%)	p=0.002 2	Fisher's exact test
HUNGER	7 (11.66%)	8 (13.33%)	15 (12.5%)		
NO RELATION	8 (13.33%)	0 (0%)	8 (6.66%)		
OTHER	6 (10%)	1 (1.66%)	7 (5.83%)		

TABLE 4. FREQUENCY OF PARTICIPANTS IN EACH CATEGORY OF BES RESULTS IN THE CLINICAL AND SURGICAL GROUPS

	CLINICAL GROUP (60) number of participants (%)	SURGICAL GROUP (60) number of participants (%)	TOTAL (120) number of participants (%)	<i>p</i> - value	Test
NON- BINGING	28 (46.66%)	51 (85%)	79 (65.83%)	$p < 0.0001$	Mann Whitney
MODERATE BINGING	16 (26.66%)	5 (8.33%)	21 (17.5%)		
SEVERE BINGING	16 (26.66%)	4 (6.66%)	20 (16.66%)		

TABLE 5. BES RESULTS IN ASSOCIATION WITH THE ISFJ AND ESFJ TYPOLOGICAL PROFILES

SURGICAL GROUP		ESFJ (n=11)		ISFJ (n=19)	
<i>P</i> value	Test	mean	sd	mean	sd
0.0426	Mann Whitney	6.45	7.65	12.89	9.38
CLINICAL GROUP		ESFJ (n=15)		ISFJ (n=20)	
<i>P</i> value	Test	mean	sd	mean	sd
0.4804	t Student	15.93	10.15	18.6	11.91

TABLE 6. RESULTS OF THE ASSOCIATION OF THE TYPOLOGICAL ATTITUDES OF THE MBTI (INTROVERSION AND EXTRAVERSION) AND THE FREQUENCY OF PARTICIPANTS CHARACTERIZED IN EACH CATEGORY OF BES

	EXTRAVERSION (51)	INTROVERSION (69)	TOTAL (120)	<i>p</i> -value	test
Non Binging	38 (74.51%)	41 (59.42%)	79 (65.83%)	$p = 0,07$	Fisher's exact test
Moderate Binging	9 (17.64%)	12 (17.40%)	21 (17.50%)		
Severe Binging	4 (7.84%)	16 (23.18%)	20 (16.67%)		

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GRUPO CIRÚRGICO

Nós, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, participante do sexo feminino, com faixa etária de 20 a 60 e que realizou há pelo menos dois anos de cirurgia bariátrica, no hospital de clínicas da UFPR a participar de um estudo intitulado ***“Perfil psicológico e saúde mental em mulheres após 02 anos de cirurgia bariátrica, num referencial analítico – Tipos psicológicos e a função emocional do comer”***, o qual tem o intuito da compreensão diagnóstica e do manejo terapêutico desta população tão específica em sua complexidade e de extrema relevância científica. Considerando que o tratamento da obesidade requer um olhar multidisciplinar, este estudo visa a caracterização e o perfil psicológico dessa população para atribuição de novas estratégias terapêuticas.

O objetivo desta pesquisa é de levantar o perfil e as características psicológicas de mulheres que se submeteram a cirurgia bariátrica para maior compreensão terapêutica dessa população.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a alguns questionários e entrevistas durante os dias que vier no ambulatório de obesidade no Serviço de Endocrinologia e Metabologia da Universidade Federal do Paraná.

Para tanto você deverá comparecer no ambulatório de obesidade – pós cirurgia - no Serviço de Endocrinologia e Metabologia da Universidade Federal do Paraná para consultas de acompanhamento e entrevistas com o pesquisador principal que é psicólogo e aplicará de forma individual ou coletiva os questionários sobre a sua percepção da imagem corporal, sobre os possíveis traços de impulsividade, comportamento alimentar e perfil psicológico, durante aproximadamente 50 minutos de consulta com o pesquisador principal.

Alguns riscos que eventualmente podem estar relacionados ao estudo: desconforto emocional por relembrar ou falar dos sentimentos relacionados com o seu comportamento alimentar, que serão prontamente e terapêuticamente escutados pela psicóloga pesquisadora. Nos casos onde o desconforto emocional permanecer ou desencadear algum outro problema emocional, serão, então encaminhado para o ambulatório de saúde mental para atendimento psicológico na modalidade grupo terapêutico.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: compreender a função emocional da comida; perceber sobre seu comportamento alimentar se alterado ou regular; ter consciência do como está se sentindo e de como poderá se ajudar reconhecendo que, alguns dos acontecimentos, pode ser próprios do momento cirúrgico; autopercepção e possibilidade de falar dos sentimentos relacionados com o processo pós cirúrgico (enumerá-los), compreender o perfil psicológico de mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

A pesquisadora Maria do Desterro de Figueiredo, psicóloga responsável pelo estudo, poderá ser contatada pelos telefones 041-99881001 e 21411730,(ou pelo email mariadisterro@gmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_____

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tais como a Dra Rosana Bento Radominski , médica orientadora do estudo e por duas auxiliares de pesquisa Mariana do Pilar Rosa Dias e Talita Fabiele Karasinski devidamente registradas no estudo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **asua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (uso de questionários, materiais de escritório, etc.) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como: instabilidade de humor e qualquer de desconforto emocional decorrentes do estudo serão tratados no ambulatório 886/Saúde Mental com a psicóloga Tânia Madureira Dallalana, às 5ª feiras, período da manhã – modalidade grupo terapêutico.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento no ambulatório de pós bariátrica no Serviço de Endocrinologia e Metabologia da Universidade Federal do Paraná .Eu fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema dos relacionados ao desconforto emocional serei encaminhada ao ambulatório de Saúde Mental deste hospital.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Curitiba, ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

(Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Curitiba, ____/____/____

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GRUPO CONTROLE

Nós, Maria do Desterro de Figueiredo e Rosana Bento Radominski, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando as Sras que estão em tratamento clínico da obesidade no Ambulatório de Obesidade Clínica, do SEMPR- Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas a participar de um estudo intitulado **“Perfil psicológico e tipológico em mulheres obesas – um estudo transversal e analítico”**, o qual tem como pretensão científica a compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos em mulheres na condição de obesidade para colaborar com a qualidade multidisciplinar do tratamento da obesidade. O objetivo central desta pesquisa é de avaliar o padrão tipológico e as características psicológicas de mulheres com mais de 2 anos de procedimento cirúrgico e comparar com mulheres adultas, em tratamento clínico da obesidade, no Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HCUFPR para verificar padrões de funcionamento psicológico e tipológicos específicos nessa população que justifique uma relação emocional com o comer.

Caso a Senhora participe da pesquisa, será necessário responder os questionários MBTI, que se refere a um questionário de avaliação dos aspectos de personalidade e a entrevista clínica semi-estruturada para levantarmos sobre as características clínicas e psicológicas pertinentes a saúde emocional.

Para tanto a Senhora deverá permanecer no dia da sua consulta médica, no mesmo ambulatório de Obesidade Clínica do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas para responder aos questionários que serão aplicados e será atendida pela pesquisadora principal e psicóloga Maria do Desterro de Figueiredo, o que levará aproximadamente 50 minutos entre a entrevista e preenchimento do questionário MBTI.

Alguns riscos que podem estar relacionados ao estudo: desconforto emocional durante a entrevista, devido lembranças sobre momentos que estiveram relacionados ao uso excessivo alimentar, no entanto, será atendida pela pesquisadora e realizado os devidos encaminhamentos ao Serviço de Saúde Mental deste hospital e/ou instituições sociais. Os benefícios esperados com essa pesquisa são os de conhecer as características psicológicas em comum na população com obesidade para que novas estratégias possam ser propostas no tratamento e na avaliação multidisciplinar do tratamento da obesidade, embora nem sempre a Senhora seja diretamente beneficiada por sua participação neste estudo.

Os pesquisadores, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que a Senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo a por e-mail – mariadisterro@gmail.com, e no telefone em horário comercial – 041- 21411730. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (número de telefone disponível nas 24 horas, com acesso direto com o pesquisador envolvido – 041 999881001. Se a Senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se a Senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento e/ou tratamento está garantido e não será interrompido caso a Senhora desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas, tais como os orientadores da pesquisadora, Dra Rosana Bento Radominski e Armando da Silveira Neto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade**

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

O material obtido nas entrevistas será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado pela pesquisadora ao término do estudo, dentro de 02 anos. As despesas necessárias para a realização da pesquisa, tais como material de escritório e questionários, não são de sua responsabilidade e a Senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona não haver riscos e os benefícios serão coletivos devido ampliação científica para os profissionais de saúde envolvidos. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome completo, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Nome completo do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

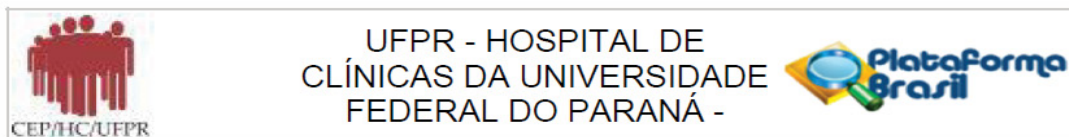
Nome completo do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, __/__/____

ANEXO 3

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – VERSÃO 5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Perfil psicológico e tipológico de mulheres obesas - um estudo transversal e analítico.

Pesquisador: Maria do Desterro de Figueiredo

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 59996016.9.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.113.048

Apresentação do Projeto:

Apresentação de emenda ao projeto de doutorado em medicina interna e ciências humanas do CHC da UFPR, intitulado inicialmente de Perfil psicológico e saúde mental em mulheres após 02 anos de cirurgia bariátrica, num referencial analítico: tipos psicológicos e a função emocional do comer. Autoria da psicóloga Maria do Desterro de Figueiredo, sob orientação Prof^a. Dra. Rosana Bento Radominski e co-orientação do Prof^o. Armando da Silveira Neto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar o padrão tipológico e as características psicológicas de mulheres com mais de 2 anos de procedimento cirúrgico e comparar com mulheres obesas em tratamento clínico da obesidade, no Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HCUFPR para verificar padrões de funcionamento específicos nessa população que justifique uma relação emocional com o comer.

Objetivos Específicos:

Avaliar a tipologia por meio do instrumento MBTI para avaliara os padrões psicológicos de mulheres pós bariátrica e comparar com grupo controle de mulheres obesas não bariátricas;

Avaliar o comportamento alimentar e as manifestações impulsivas de mulheres obesas nos dois grupos de avaliação;

Avaliar a saúde mental e os pensamentos suicidas de mulheres obesas nos dois grupos de

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

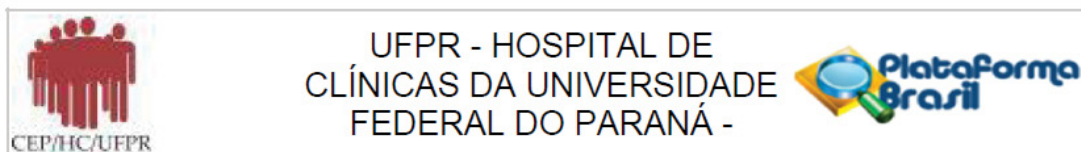
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.113.048

avaliação;

Compreender a representação e o significado simbólico do alimento para mulheres obesas em tratamento clínico da obesidade;

Compreender se a escolha alimentar e o comportamento alimentar estão diretamente relacionados ao perfil tipológico nos dois grupos de avaliação;

Contribuir para o tratamento da obesidade, numa dimensão multidisciplinar da obesidade, por meio de indicações terapêuticas breves de orientação analítica e de recursos psicológicos aplicados em grupos e/ou individualmente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios e riscos permanecem inalterados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Alteração do título da pesquisa para "Perfil psicológico e tipológico de mulheres obesas: um estudo transversal e analítico".

- Alteração de estudo longitudinal para estudo transversal com formação de dois grupos, sendo um grupo de 60 mulheres obesas com cirurgia bariátrica e o outro com 60 mulheres obesas em tratamento clínico para tratamento da obesidade.

- Alteração do objetivo geral para "Avaliar o padrão tipológico e as características psicológicas de mulheres com mais de 2 anos de procedimento cirúrgico e comparar com mulheres obesas em tratamento clínico da obesidade, no Serviço de Endocrinologia e Metabologia do HCUFPR para verificar padrões de funcionamento específicos nessa população que justifique uma relação emocional com o comer".

- Alteração dos objetivos específicos para:

Avaliar a tipologia por meio do instrumento MBTI para avaliara os padrões psicológicos de mulheres pós bariátrica e comparar com grupo controle de mulheres obesas não bariátricas;

Avaliar o comportamento alimentar e as manifestações impulsivas de mulheres obesas nos dois grupos de avaliação;

Avaliar a saúde mental e os pensamentos suicidas de mulheres obesas nos dois grupos de avaliação;

Compreender a representação e o significado simbólico do alimento para mulheres obesas em tratamento clínico da obesidade;

Compreender se a escolha alimentar e o comportamento alimentar estão diretamente relacionados ao perfil tipológico nos dois grupos de avaliação.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

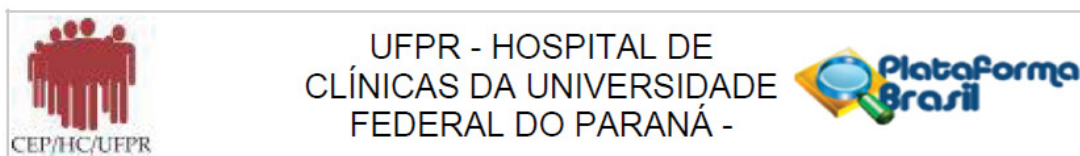
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.113.048

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação da Emenda.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1003447_E2.pdf	11/12/2018 14:29:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleggrupo2.docx	11/12/2018 14:29:01	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	cartacep.pdf	11/12/2018 14:28:41	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	projetocepcomalteracaofinal.doc	12/11/2018	Maria do Desterro	Aceito

Endereço: Rua Gal. Cameiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.113.048

Outros	projetocepcomalteracaofinal.doc	09:02:39	de Figueiredo	Aceito
Outros	cartaementacep.pdf	12/11/2018 09:00:02	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostonova.pdf	12/11/2018 08:58:43	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	C_SSRS_columbia_folha3.jpg	13/06/2017 11:08:49	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	C_SSRS_columbia_folha2.jpg	13/06/2017 11:07:47	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	C_SSRS_columbia_folha1.jpg	13/06/2017 11:07:08	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração do Patrocinador	C_SSRS_columbiacartaderepostacep.jpg	13/06/2017 11:05:10	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	notificacao_columbia_email2.jpg	13/06/2017 11:02:52	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	notificacao_columbia_email1.jpg	13/06/2017 11:02:32	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	notificacao_columbia_certificado.jpg	13/06/2017 11:01:38	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	concordanciataniasaudemental.jpg	18/10/2016 12:27:11	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado.doc	18/10/2016 12:25:55	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	IWQOL_LITE.pdf	18/10/2016 12:23:47	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimentoatualizadoposparecer.doc	18/10/2016 12:19:05	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoderesponsabilidadepesquisa11.jpg	13/09/2016 10:07:51	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoderesponsabilidadepesquisa1.jpg	13/09/2016 10:07:31	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_confabilidade.pdf	06/09/2016 10:14:11	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_compromisso_pesquisador.pdf	06/09/2016 10:10:15	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_tornar_publico_resultados.pdf	06/09/2016 09:56:14	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	carta_encaminhamento_pesquisador_cep.pdf	06/09/2016 09:55:44	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	curriculos.pdf	06/09/2016 09:54:50	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	02/09/2016 13:02:20	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	02/09/2016	Maria do Desterro	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

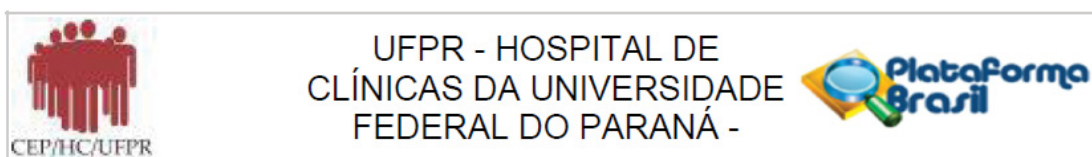
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.113.048

Cronograma	cronograma.pdf	13:01:15	de Figueiredo	Aceito
Parecer Anterior	pareceranterior.docx	01/09/2016 10:55:26	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciasempr.docx	24/08/2016 06:39:32	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadoreorientador.docx	24/08/2016 06:37:18	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.docx	24/08/2016 06:35:54	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	usomaterial.docx	24/08/2016 06:34:37	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	MBTI.pdf	23/08/2016 23:55:48	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	BES.docx	23/08/2016 23:52:42	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito
Outros	QSB.docx	23/08/2016 23:50:41	Maria do Desterro de Figueiredo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 15 de Janeiro de 2019

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

ANEXO 4

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BULIMIA NERVOSA - Critérios Diagnósticos 307.51 (F50.2)

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por:

1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.

2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).

B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.

C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.

D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal.

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa.

Especificar se:

Em remissão parcial: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos os critérios, foram preenchidos por um período de tempo sustentado.

Em remissão completa: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, nenhum dos critérios foi preenchido por um período de tempo sustentado.

Especificar a gravidade atual: O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriado. O nível de gravidade pode ser elevado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

- Leve: De 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.
- Moderada: De 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.
- Grave: De 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.
- Extrema: De 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Características Diagnósticas

Existem três aspectos essenciais na Bulimia Nervosa: episódios recorrentes de compulsão alimentar (Critério A), comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso (Critério B) e autoavaliação influenciada pela forma e pelo peso corporais (Critério D). Para se qualificar ao diagnóstico, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados devem ocorrer, em média, no mínimo uma vez por semana por três meses (Critério C).

TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR - Critérios Diagnósticos 307.51 (F50.8)

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por:

1. Ingestão, em um período determinado (ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.

2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).

B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou +) dos seguintes aspectos:

1. Comer mais rapidamente do que o normal.
2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.
4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.
5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.

C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.

D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses.

E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

Especificar se:

Em remissão parcial: Depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno de compulsão alimentar, a hiperfagia ocorre a uma frequência média inferior a um episódio por semana por um período de tempo sustentado.

Em remissão completa: Depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno de compulsão alimentar, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado.

Especificar a gravidade atual: O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência de episódios de compulsão alimentar (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser ampliado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

- Leve: De 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana.
- Moderada: De 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana.
- Grave: De 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana. Extrema: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.
- Extremo: média de 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.

Características Diagnósticas

Episódios recorrentes de compulsão alimentar que devem ocorrer, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses (Critério D). Por episódio de compulsão alimentar entende uma ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período sob circunstâncias parecidas (Critério A1). O contexto em que a ingestão ocorre pode afetar a estimativa do clínico quanto à ingestão ser ou não excessiva. Por exemplo, uma quantidade de alimento que seria considerada excessiva para uma refeição típica seria considerada normal durante uma refeição comemorativa ou nas festas de fim de ano. Um “período de tempo determinado” refere-se a um período delimitado, geralmente inferior a duas horas. Lanches contínuos em pequenas quantidades de alimento ao longo do dia não seriam considerados compulsão alimentar. Uma ocorrência de consumo excessivo de alimento deve ser acompanhada por uma sensação de falta de controle (Critério A2) para ser considerada um episódio de compulsão alimentar. Um indicador da perda de controle é a incapacidade de evitar comer ou de parar de comer depois de começar. O prejuízo no controle associado à compulsão alimentar pode não ser absoluto; ex: um indivíduo pode continuar a comer compulsivamente enquanto o telefone está tocando, mas vai parar se um conhecido ou o cônjuge entrar no recinto. Alguns indivíduos relatam que seus episódios de compulsão alimentar não são mais caracterizados por um sentimento agudo de perda de controle, e sim por um padrão mais generalizado de ingestão descontrolada. A compulsão alimentar também pode ser planejada. O tipo de alimento consumido varia tanto entre diferentes pessoas quanto em um mesmo indivíduo. A compulsão alimentar parece ser caracterizada mais por uma anormalidade na quantidade de alimento do que pela sua fissura específico. É preciso que a compulsão

alimentar seja caracterizada por sofrimento importante (Critério C) e pelo menos três dos seguintes aspectos: comer muito mais rapidamente do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; ingerir grandes quantidades de alimento sem estar com sensação física de fome; comer sozinho por vergonha do quanto se come; e sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou culpado em seguida (Critério B). Geralmente sentem vergonha e ocultam seu comportamento alimentar. Outros gatilhos são os estressores interpessoais; restrições dietéticas; insatisfação com a imagem corporal, à forma do corpo e ao alimento; e tédio. A compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitaram o episódio a curto prazo, porém a autoavaliação negativa e a disforia com frequência são as consequências tardias.

TRANSTORNO ALIMENTAR NÃO ESPECIFICADO 307.50 (F50.9)

Consiste nas apresentações em que sintomas característicos de um transtorno alimentar que causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, entretanto que não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos alimentares. Esta categoria é usada nas situações em que o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno alimentar específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

SÍNDROME DA ALIMENTAÇÃO NOTURNA (SAN)

Recorrentes episódios de comer noturno, manifestado por comer após despertar de um sono ou por consumo excessivo de comida depois de uma refeição noturna. Há consciência e lembrança do que comeu. O comer noturno não é mais bem explicado por influência externa como mudança no ciclo dormir- -despertar do indivíduo ou por normas sociais locais. O comer noturno causa significativo sofrimento e/ou danos ao funcionamento. O padrão do transtorno de comer não é mais bem explicado pelo TCAP ou outra doença mental, incluindo uso de substâncias, e não é atribuível para outra condição médica ou para efeito de alguma medicação.

ANEXO 5

CARTA DE AUTORIZAÇÃO THE COLUMBIA LIGHTHOUSE PROJECT



Thalita de Moraes Gonçalves <thalitademoraesg@gmail.com>

Fwd: C-SSRS

1 mensagem

Maria do Desterro Figueiredo <mariadisterro@gmail.com>
 Para: Thalita de Moraes Gonçalves <thalitademoraesg@gmail.com>

6 de julho de 2019 08:26

----- Forwarded message -----

De: Kelly Posner <POSNERK@nyspi.columbia.edu>
 Date: qua, 18 de jan de 2017 às 13:01
 Subject: C-SSRS
 To: mariadisterro@gmail.com <mariadisterro@gmail.com>
 Cc: Kelly Posner <POSNERK@nyspi.columbia.edu>

Dear Maria,

We are happy to assist you with using the scale in any way you need. Scales and training are free for your research, available in many languages and easily scalable to your individual or system needs. We currently have training videos with subtitles available in many languages that can be accessed on our [YouTube channel](#) or downloaded from our [Dropbox](#). There are multiple ways to get training (training campus website, video download, DVD) and the attached document details all of these methods. You may add these training materials to your internal network or current training system.

We are also attaching word documents of the scales in English and Portuguese so you can add your logo, patient/client/student/subject information, etc. If you require foreign language translations or other versions of the scales (pediatric, etc.) please let us know.

If you have any additional questions or would like to discuss this further, please do not hesitate to contact Dr. Posner at 646-286-7439 (mobile) or 646-774-5789 (office).

You can also sign up [here](#) to receive occasional updates about the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) and the work of the Center for Suicide Risk Assessment.

Thank you,

The Columbia Lighthouse Project

ColumbiaLi
ghthousePr
oject_Logo
_Vertical_R
GB_031616

c c

Adam Lesser, LCSW**Deputy Director**

Columbia University/ New York State Psychiatric Institute

1051 Riverside Dr., Box 78 New York, NY 10032

T: +1(646)774-5790

F: +1(646)774-5770

C: +1(617)285-0149

Maria D. Figueiredo

Psicologia e Pesquisa Clínica/Professora Universitária FAE
 Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade - HCUSP
 Mestre em Medicina Interna - UFPR
 Doutoranda em Medicina Interna - UFPR
 041-32441633/99881001